

ANAIIS PAULISTAS DE

MEDICINA E CIRURGIA

"JORNAL PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA"

VOLUME LXXVIII

N.º 3

Setembro de 1959

Neste número:

Trabalhos Originaes:	Pág.
Neuralgias e nevroses auto-catale — Dr. RAUL RIBEIRO DA SILVA	103
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Anestesiologia	131
Dermatologia	139
Hematologia e Hemoterapia	150
Medicina	153
Pediatria	144
Proctologia	151
Centro Médico de Ribeirão Preto	154
Sociedade Médica São Lucas	160
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	174
Congressos Médicos:	
II Congresso Sul-Rio-Grandense de Higiene	170
IV Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Colégio Internacional de Cirurgiões	172
Agenda da Atividade:	
Luta contra o sêthico	178

Redação



SANATORIO SÃO LUCAS

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Heringford, 60 — Caixa Postal 3.574 — São Paulo, Brasil

MEPRO

Fórmula:

Meprobramato	0,400	g
Vitamina B ₁	0,010	g
Reserpina	0,0001	g
Excipiente q. s. p.	0,500	g

INDICAÇÕES

- Como relaxante muscular
- Agente tranquilizador
- Estados ansiosos e tensionais
- Alcoolismo
- Medicação sedativa.

MODO DE USAR:

2 a 4 comprimidos ao dia, ou como determinar o médico

(Venda sob prescrição médica)

Licença, pelo S. N. F. M. sob N.º 841/57

Farm. M. P. LAMOUR

GLUCOSSARA

Fórmula:

Vitamina C	0,500	g
Vitamina B ₁	0,100	g
Vitamina B ₆	0,050	g
Clícocola	0,050	g
Sol. glicosada a 30% q. s. p.	10,00	cm ³

INDICAÇÕES

- Medicação tónica
- Estados tónicos ou tóxico infecciosos
- Hipovitaminoses
- Desnutrição
- Convalescença
- Afecções hepáticas.

MODO DE USAR:

1 a 2 ampólas diariamente por via endovenosa,
ou segundo a indicação médica.

(Venda sob receita médica)

Licença, S. N. F. M. sob N.º 825/41

Farm. M. P. LAMOUR

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Takatinguera, 164 — São Paulo, Brasil

GLIPLEX

Para o tratamento das hipovitaminoses B e C.
Intoxicações. Convalescenças

F Ó M U L A

Cada ampóla de 10 cm³ contém:

Vitamina B ₁	0,030 g
Vitamina B ₂	0,0002 g
Vitamina B ₆	0,005 g
Vitamina C	0,300 g
Nicotinamida	0,0125 g
Soluto glicosado a 25% q.s.p. 10 cm ³	

(Licença no S. N. F. M. sob n.º 1.250/53)

Cada ampóla de 20 cm³ contém:

Vitamina B ₁	0,050 g
Vitamina B ₂	0,0005 g
Vitamina B ₆	0,010 g
Vitamina C	0,500 g
Nicotinamida	0,025 g
Soluto glicosado a 25% q.s.p. 20 cm ³	

(Licença no S. N. F. M. sob n.º 1.251/53)

SEDIN

Sedativo hipnótico, não barbitúrico, indicado nos
distúrbios do sono. Nas distonias neuro-vegetativas.
Nas ansiedades. Tensões e hiperexcitabilidade

— ISENTO DE AÇÃO TÓXICA —

Em forma de Xarope para Pediatria

Imida N-Ftalica do Ácido Glutâmico 15 mg

(Licença no S. N. F. M. sob n.º 177/59)

Em forma de comprimidos para uso de adultos

Imida N-Ftalica do Ácido Glutâmico 0,050 g

(Licença no S. N. F. M. sob n.º 178/59)

★

Produtos do

LABORATÓRIO AMERICANO DE FARMACOTERAPIA S. A.

Rua Coronel Lisboa, 263 — Fones: 70-6031 e 70-8994 (Rede interna)
São Paulo, Brasil

Afoga-se num copo de água



o hipodesenvolvido físico e psiquicamente, por não se adaptar aos problemas que, dia a dia, a vida propõe. O mesmo pode ocorrer ao esgotado, ao deprimido, ao neuropsicótico, ao esquizóide, ao que sofreu a involução senil. A todos estes o

Dinistenile

Sulfato Sódico de Deidroandrosterona (em forma hidrossolúvel)
com Dinitrila Succínica.

faz, novamente, voltar as energias necessárias, a confiança, o equilíbrio e a capacidade de adaptação, mobilizando substâncias energéticas, atenuando os efeitos do "stress" e enriquecendo o patrimônio nucleoprotéico da célula nervosa.

1 e 2 ampolas por aplicação, via intramuscular ou endovenosa, até
3 ampolas ao dia.

Agora, também com



ESGOTAMENTO
STRESS
DEPRESSÕES
NEUROPSICASTENIA
CENESTOPATIA
HIPOEVOLUTISMO
INADAPTAÇÃO SOCIAL
ESQUIZOIDISMO
INVOLUÇÃO SENIL



PRAYAZ-RECORDATI
LABORATÓRIOS S. A.



ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

★

Assinat. por 1 ano Cr \$ 300,00 — Estrang. US \$ 7,50 — Número avulso Cr \$ 30,00

(Nos trabalhos publicados é respeitada a redação dos autores)

VOL. LXXVIII

SETEMBRO DE 1959

N.º 3

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA

Sessão em 17 de dezembro de 1958

Presidente: Dr. Jorge de Almeida Bello

Hipotermia para cirurgia cardíaca sob visão direta. Dr. Antônio Pereira de Almeida. — A toda queda de temperatura corpórea corresponde uma baixa do metabolismo e conseqüente diminuição do consumo de oxigênio pelos tecidos. A resultante poupança deste elemento, assim como a menor produção de escórias, tornam as células mais tolerantes à anóxia e estase capilar conseqüente à interrupção circulatória. Podemos, pois, sob hipotermia, interromper por tempos mais ou menos longos, a circulação, tempos estes suficientes para a correção sob visão direta de certos defeitos do coração. Além de maior resistência à anóxia, a hipotermia, colocando o organismo em um estado de hiporreatividade, aumenta também sua resistência ao choque e trauma cirúrgicos, fato que tem sido aproveitado no Hospital das Clínicas de São Paulo desde 1952 (Gil S. Bafrao), principalmente em neurocirurgia.

De 1957 até o momento atual, 26 pacientes foram submetidos à hipotermia para correção de defeitos do aparelho circulatório. Em três destes a queda da temperatura foi provocada por imersão em água gelada após anestesia por ciclopropano-éter-oxigênio. Os 23 restantes foram submetidos à anestesia potencializada + protóxido-oxigênio (65%) e envolvidos em coxim no qual circulava água fria. A temperatura considerada desejável foi a de 30°C (retal), que consideramos como limite de segurança, e tempo de 6 minutos de interrupção circulatória. Conforme a temperatura ambiente e o desenvolvimento do pânículo adiposo do paciente, este era retirado do coxim frio com temperatura retal 0,5° a 2,5°C acima da planejada, e colocado na mesa. Uma vez corrigido o defeito, o paciente era reaquecido até 32 a 33° (temperatura retal) por meio de diatermia e transportado para a sala de recuperação, assim que readquiria os reflexos de defesa.

O acidente mais comumente observado foi a fibrilação ventricular. Seu tratamento não constitui problema, tendo ela se mostrado sempre reversível (quadro).

DIAGNÓSTICO	N.º DE PACIENTES	FIBRILAÇÃO VENTRICULAR	DESFIBRILAÇÃO (choque)
Comunicação inter-auricular	2	1	1
Estenose aórtica	7	2	2
Estenose pulmonar	12	2	2
Estenose pulmonar. Comunicação inter-auricular	3	1	1
Aneurisma da aorta	2	1*	1
TOTAL	26	7	7

QUADRO 1 — Número de pacientes, diagnóstico e incidência de fibrilação ventricular. * Paciente com 25,5°C após 9 minutos de interrupção circulatória. — Embora no seu estado atual o processo esteja limitado às operações mais rápidas, pelo temor das temperaturas mais baixas, sua simplicidade e boa tolerância por parte dos pacientes lhe auguram um futuro mais amplo. Realmente, o grande óbice — fibrilação ventricular — se transformou, em nossos pacientes, em acidente sem significação maior.

Método simples para o registro in-cruento contínuo da pressão arterial, aplicado em anestesia. Drs. Horst Haebisch e Sidney A. Câmara — O método apresentado baseia-se num processo puramente mecânico, sem necessidade de amplificação electrónica. O mesmo aparelhamento pode ser usado para o registro ou para a observação contínua das pressões máximas e mínimas.

O processo usado por nós baseia-se na variação da resistência que sofre um determinado e constante fluxo de gás. A variação da resistência do fluxo é causada pela maior ou menor

pressão que exerce a parede da artéria radial sobre a abertura de um tubo de escape. A pressão entre o reservatório de gás comprimido, pelo qual é mantido o fluxo constante de gás, e o tubo de escape, cuja abertura é regulada pela parede arterial, pode, sob certas condições, equilibrar-se com as pressões arteriais. Estas condições são as seguintes: 1) certa relação entre o fluxo do gás comprimido, o comprimento do tubo, o seu diâmetro e a abertura do escape; 2) a pressão dentro do sistema de tubos deve ser igual, aproximadamente, à pressão média arterial; 3) evitar ondas refletidas, dentro do sistema de tubos relativamente rijos. As condições 1 e 3 são cumpridas pela construção do modelo apresentado. A condição 2 pode ser facilmente cumprida pela aferição no começo do registro.

O funcionamento e exatidão do método foram testados por vários processos diferentes: 1) com o auxílio de uma bomba de pistão, provocaram-se, num sistema artificial de tubos elásticos, variações rítmicas da pressão. Registramos simultaneamente por meio de dois manômetros de espelho e de um fotocimógrafo, as curvas de pressão dentro do sistema artificial e as obtidas por intermédio de nossa cápsula, cujo tubo de escape foi colocado levemente sobre a parede do tubo elástico. 2) Comparamos o nosso método com o esfigmanométrico, registrando simultaneamente a pressão do manguito e a pressão da artéria radial do mesmo braço por intermédio da cápsula. Sendo a aferição dos dois manômetros exatamente igual, as duas curvas são comparáveis entre si. 3) O registro da pressão com o método descrito, com velocidade alta, revela todas as ondas da parte dicrótica de uma curva de pressão de uma artéria periférica.

Durante os três últimos anos um de nós (Haebisch) tem usado o método descrito em numerosas experiências que têm o objetivo de investigar as variações que sofre a hemodinâmica em diferentes posições do corpo durante o esforço.

NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



NEURO-SEDATIVO - ANTI-ESPASMÓDICO - ANTI-CONVULSIVANTE

Na hiper-excitabilidade reflexa — Córdio Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Córdio Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc)

A base do CÉLEBRE LEPTOLOBIMUM ELEGANS — CRATAEGUS
OXIACANTA-BROMURETOS DE AMÔNIO, SÓDIO, POTÁSSIO, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher 15 cc 3 vezes ao dia
em água açucarada. — Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.

PRODUTOS FARMACEUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 365 a 377 — Fones: 33-3426 - 36-8075 — S. PAULO

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA

Sessão em 11 de dezembro de 1958

Presidente: Dr. Vinício de Arruda Zamith

Poroceratose de Mibelli; tentativa de transplante. Drs. A. Rotberg e A. F. Defina. — C. P. P., preta, com 15 anos de idade, procedente de Marília (SP) e observada na Clínica Dermatológica da Escola Paulista de Medicina (Serviço do Prof. A. Rotberg) diz que, aos 9 anos, notou espinha na face interna da coxa esquerda, sensível, perturbando a marcha, de crescimento lento. Novas lesões semelhantes apareceram daí para cá, datando a última de 10 meses. As lesões situam-se bem alto, na face interna das coxas, próximo à vulva, 3 delas à esquerda, 1 à direita. Seu aspecto vai desde o da pápula hemisférica, hiperkeratosa, dura, de superfície áspera, do tamanho de meia ervilha, acinzentada (lesão inicial excepcionalmente observada) até as lesões ovais de tamanho máximo de 12 x 100 mm, de superfície plana e levemente elevada, centro de cor preta normal, borda nitidamente desenhada, parda-centa, saliente, com depressão em sulco ocupado por lâmina hiperkeratosa (a clássica "muralha"). Fez-se o diagnóstico clínico de poroceratose de Mibelli, confirmado pelo patologista (Dr. J. Michalany), com as características excepcionais relativas à idade e cor da paciente, localização e, como referido acima, a lesão papulosa inicial, de que as demais se formam por progressão periférica. Tentou-se, no caso, a homotransplantação (Dr. L. A. Madeira), que resultou em cicatrizes queloidianas, prejudicando a observação. Em uma das lesões queloidianas transplantadas observou-se, contudo, área central deprimida, engastada na cicatriz, cujo exame histopatológico permitirá dizer se se trata de lesão de poroceratose cuja expansão tenha sido contida pelo quelóide.

Terapêutica local em dermatologia pelo dietilamino-acetato de hidrocortisona. Dr. Sebastião A. P. Sampaio. — O autor analisa primeiramente a ação local dos derivados da cortisona

na terapêutica dermatológica local, pois, enquanto alguns não apresentam ação local, como a cortisona e a prednisona, outros são de grande interesse na terapêutica local dermatológica, como a hidrocortisona e a prednisolona. Aponta as principais indicações do uso local, em relação às dermatoses. Refere a seguir os resultados das suas observações com o dietilamino-acetato de hidrocortisona. Tratou 23 casos de dermatoses diversas, como dermatite de contacto (4), dermatite infecciosa eczematóide (3), eczema numular (2), neurodermite localizada (3), prurigo anal (3), prurigo genital (2), eczema infantil (2) e dermatite seborréica (4). Nos casos tratados, o dietilamino-acetato de hidrocortisona mostrou nítida atividade terapêutica, avaliada entre 70 a 100% de melhora. O corticosteróide foi empregado, aliás, em duas fórmulas diversas, associado ou não a neomicina, segundo a existência ou não de infecção secundária. Os efeitos terapêuticos são análogos aos encontrados com a hidrocortisona. Não foi possível conclusão definitiva comparativamente aos outros corticosteróides de uso local.

Eritema fixo medicamentoso associado a erupção eritemato-papulosa difusa e provável lupus eritematoso fixo. Dr. Sebastião A. P. Sampaio. — O autor apresenta um paciente, masculino, branco, de 31 anos de idade, que há 4 anos tinha lesões na face, do tipo eritemato-descamativo provavelmente lupus eritematoso fixo ou lucite. De outro lado, há 11 meses vinha o paciente tendo surtos periódicos de manchas eritemato-pigmentares localizadas na boca, genitália e dorso das mãos, clinicamente bastante características de eritema fixo medicamentoso, tendo a história revelado a existência de um analgésico-sedativo responsável. De outro lado, há um mês, o paciente observara o aparecimento de lesões eritemato-papulosas

QUEMICETINA SUCCINATO

CARLO ERBA



O primeiro cloranfenicol hidrossolúvel permitindo qualquer via de administração:

- endovenosa
- por flebotomia
- intramuscular
- endoarterial
- endorraqueana
- tópica, superficial e endocavitária
- endobronquial (por instilação e aerosol)

O antibiótico de maior campo de ação, praticamente isento de toxidez.

A DL_{50} da QUEMICETINA SUCCINATO é de 1000/1500 mg/Kg, por via endovenosa

(CHECCACCI L., "Minerva Médica", XLIX, 1958)

Frasco-ampôla com 1 g — Frasco-ampôla com 0,250 g

de cloranfenicol sintético levógiro, liofilizado, acompanhados de ampolas de soro fisiológico.

QUEMICETINA ERBA tem a linha mais extensa de apresentações:

- * QUEMICETINA DRÁGEAS
- * QUEMICETINA POMADA DERMATOLÓGICA
- * QUEMICETINA POMADA NASAL
- * QUEMICETINA OFTÁLMICA (Pomada e Colírio)
- * QUEMICETINA SOLUÇÃO OTOLÓGICA
- * QUEMICETINA SUPOSITÓRIOS
- * QUEMICETINA GINECOLÓGICA (Óvulos e Velas)
- * QUEMICETINA XAROPE



Carlo Erba do Brasil S.A.

Indústria Químico-Farmacêutica

Avenida Conselheiro Rodrigues Alves, 3465, Brooklin Paulista

Fone: 61-0998 — Caixa Postal, 21.006 — SÃO PAULO

disseminadas e isoladas, também surgindo por surtos e relacionadas à ingestão do mesmo medicamento. O autor salienta a raridade da observação e particularmente a coincidência de dois tipos diversos de alergia à droga, pois o paciente, após apresentar durante meses um eritema fixo medicamentoso, desenvolveu um quadro que adquiriu caráter disseminado. Em torno deste fato e também salientando a existência do lupus eritematoso fixo ou da lucite, tece o autor diversas considerações.

Caso pró-diagnose: parapsoríase?
Dr. Sebastião A. P. Sampaio — O autor apresenta paciente masculino, pardo, de 30 anos de idade, portador,

há 2 anos, de manchas atrófico-desquamativas, de limites imprecisos, nas coxas e tronco. Revelava o paciente discreta sensação de prurido, sendo a sensibilidade normal nas áreas das lesões. O exame histopatológico de uma lesão revelou quadro sem características de especificidade; pesquisa de bacilos álcool-ácido-resistentes negativa.

O autor apresenta o caso sugerindo o diagnóstico de parapsoríase em placa, visto que o diagnóstico de lepra podia ser excluído pela sensibilidade normal e pelo exame histopatológico. Faz considerações sobre a parapsoríase e sobre a exata delimitação nosográfica deste grupo.

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Sessão em 9 de dezembro de 1958

Presidente: Dr. Victorio Maspes

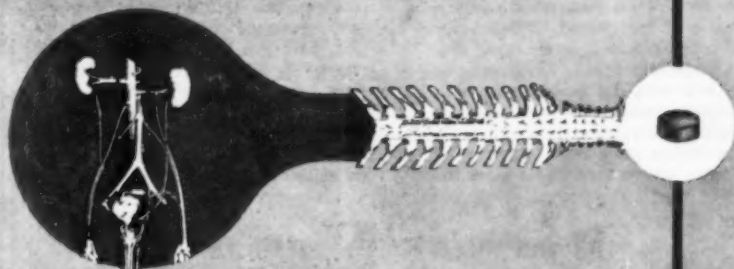
Anemia aguda do recém-nascido por hemorragia fetal na circulação materna. Drs. Osvaldo Mellone, Francisco Cerruti e Victorio Maspes — Um recém-nascido de termo apresentou, ao nascer, sinais de choque hemorrágico grave — anemia intensa, hipotensão, taquicardia e polipnéia — tendo sido recuperado com transfusão imediata de 100 ml de glóbulos homólogos. Os exames hematológicos excluíram a possibilidade de anemia hemolítica, pois, embora se tratasse de gestante Rh-negativo, não havia sinais sorológicos de sensibilização ao referido fator. Aventura a hipótese de hemorragia transplacentária na circulação materna, foi possível comprovar a presença de células do recém-nascido no sangue materno através do método de Ashby. A gestante pertencia ao grupo BRh-negativo (cde/cde) e o recém-nascido, ao grupo ORh-positivo (Cde/cde), sendo possível aglutinar os glóbulos maternos com um soro anti-B potente, deixando livres os eritrócitos fetais. Com contagens sucessivas foi possível verificar o desaparecimento das células estranhas à circulação materna após cerca de 50 dias. Outra prova de penetração das células fetais no organismo ma-

terno foi o achado de anticorpos anti-Rh no soro materno em pesquisa realizada quatro meses após o parto.

Fórmula estimativa de substituição durante a exangüinotransfusão. Estudo comparativo. Drs. Fábio F. Porcino, Doménico Barbieri e Humberto Costa Ferreira. — A transfusão de substituição proposta como terapêutica ideal nos casos de doença hemolítica do recém-nascido, foi adotada mais recentemente também nos casos de hiperbilirrubinemia não condicionada à hemólise exagerada. Em virtude dessa orientação, a prática da transfusão de substituição foi consideravelmente ampliada.

Acreditamos que exista interesse real em se avaliar em qualquer momento a percentual de sangue remanescente do recém-nascido. É possível chegar-se a esse resultado pela aplicação da fórmula $y = (1 - a)^n$, onde y é a percentual de sangue remanescente do recém-nascido; a é uma constante entre o volume da seringa e a volemia; n é o número de ordem das manipulações. Esses resultados, projetados em gráficos, permitem a avaliação da per-

*Efeitos imediatos -
manutenção de concentrações
prolongadas no sangue*



Lederkyn

Sulfametoxipiridazina

LEDERKYN é o mais importante aperfeiçoamento na sulfamidoterapia. É rápida e totalmente absorvida, atingindo com grande facilidade as barreiras orgânicas. Permanece mais tempo no sangue e é eliminado muito lentamente, através da urina. Por isso, é indicado

- ★ principalmente nas infecções do trato urinário devidas a organismos sensíveis à sulfanilamida, tais como *E. Coli*, *Aerobacter aerogenes*, e em alguns casos do *Proteus*;
- ★ na profilaxia da febre reumática e bronquite crônica;
- ★ no tratamento das infecções agudas, subagudas e crônicas, sensíveis à sulfonamida.

LEDERKYN comprova também sua eficácia no tratamento de meningocócica.

Divisão LEDERLE
CYANAMID QUÍMICA DO BRASIL S.A.

Rio de Janeiro - Av. Rio Branco, 131 - 21º
São Paulo - Rua Lavapés, 326



IA - 2565

tual de sangue do recém-nascido, conhecendo-se o volume circulatório (este baseado no peso do recém-nascido), o volume de sangue injetado (e retirado) e o volume da seringa.

A fim de se comprovar praticamente (in vitro) essa fórmula, usamos o artifício de preparar duas soluções de 300 ml com concentrações de 20,0 e 21,9 g/100 ml de hemoglobina, substituindo-se com água destilada respectivamente 10 e 20 ml por vez. Cada uma das amostras foi lida no fotolorímetro. Os resultados são extraordinariamente próximos à curva teórica obtida para a volemia correspondente. Outro aspecto foi o da in-

fluência do volume da seringa. Os volumes aconselhados, segundo vários autores, são de 20, 10 e 5 ml. A aplicação da fórmula demonstra que a influência no cálculo final é insignificante.

Somos forçados a concluir que um volume de 1.000 ml para a substituição em um recém-nascido de peso médio, oferece pouca vantagem. Assim, para um volume de 500 ml teríamos eficiência aproximada de 10%; para um volume de 1.000 ml, aproximadamente 4%. Há, portanto, uma desproporção entre o maior risco para o recém-nascido e a pequena variação da eficiência.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Sessão em 3 de dezembro de 1958

Presidente: Dr. Wanderley Nogueira da Silva

Aquisições recentes em terapêutica: cardiologia. Dr. Enio Barbatto. — No tocante aos cardiotônicos, a tendência atual nos meios médicos é de restrição do uso dos estrofanáticos e dos derivados da digital purpúrea em benefício dos derivados da *Digitalis lanata*. Dêstes, o mais moderno é a acetildigitoxina (Acylanide), glicosido obtido pela degradação do lanatoside A, com remoção da molécula de glicose, deixando intacta a aglicona 3-digitoxose-acetil. Este produto provou ação digitalica boa, com a vantagem de apresentar efeitos tóxicos gastrintestinais (anorexia, náuseas e vômitos) antes das manifestações tóxicas miocárdicas (arritmias, por exemplo). Um dos métodos preconizados é o de se dar 0,6 a 0,8 mg, em três ou quatro doses no primeiro dia e em seguida uma dose de manutenção de 0,2 mg. Outro consiste em se dar 0,8 a 1,6 no primeiro dia, em uma única ou em quatro doses e depois manter 0,2 mg ao dia.

Um velho produto, mas que recentemente voltou a ser utilizado, principalmente pelos ingleses, é a *digoxina* (Digoxina Wellcome, compr. de 0,25 mg). Seria um produto de ação menos rápida e intensa que os lanatosides em geral, mas de maior

duração, sem efeitos de superdosagens ou fenômenos tóxicos.

Ambos os produtos, em nosso Serviço, tem sido estudados pelo Dr. Reinaldo Chiaverini, com resultados bastante satisfatórios. Este mesmo investigador está no momento estudando uma substância ainda não existente no mercado, a *acetilestrofantidina*, do Laboratório Simes. Este produto, dada a sua ação extremamente rápida e eliminação em poucas horas, seria interessante nos casos em que não sabemos se o paciente já está digitalizado ou não. Cada duas horas podemos dar uma ampola intravenosa e, pela resposta terapêutica ou tóxica, avaliar o grau anterior de digitalização. Provavelmente, poderá tornar-se um medicamento heróico nas insuficiências agudas do coração (como o edema agudo do pulmão).

Na Itália, procura-se aliar as propriedades de ação rápida e intensa do lanatoside com a mais lenta, porém mais duradoura e com pouco efeito de superdosagem, da digoxina, num único produto (Lanadigin). Os autores ortodoxos contra-indicam associações desse tipo, porém, em nossa experiência pessoal, esse medicamento tem-se mostrado mais interessante que seus componentes isolados.

Bepantol "Roche"

PANTENOL

(álcool corr. ao ácido pantoténico)

Sob a forma de pomada e de solução
para o tratamento das **queimaduras**

Sob a forma de ampólas
para a prevenção e o tratamento das complicações
intestinais pós-operatórias, em particular da **atonía**
intestinal

APRESENTAÇÃO:

Tubo de 20 pastilhas a 100 mg; caixas de 3 e de 25 ampólas a 500 mg;
bisnagas com 30 g e com 180 g de pomada a 5% e frascos de 50 cm³
e de 250 cm³ com solução a 5%.



PRODUTOS ROCHE

Químicos e Farmacêuticos S. A.

Rua Moraes e Silva, 30 — RIO DE JANEIRO

Sobre os *diuréticos* a tendência é abandonar os mercuriais por produtos por via oral, menos tóxicos, e que teriam a vantagem de eliminarem, ao lado da água, o sódio, sem exspoliação do potássio. Geralmente, são derivados sulfamidicos. Assim iniciou-se com a *acetazolamida* (Diamox), em seguida com a *clorotiazida* (Clotride, Cloruril, Clorana e agora o Niagarin). Teriam as seguintes vantagens: atóxicos e sem contra-indicações, eliminação da água, cloro e sódio sem perturbar significativamente o balanço electrolítico, resposta terapêutica proporcional à dose, ausência de inibição da função renal, não alterando a filtração glomerular ou o fluxo plasmático renal, e não indução do hábito.

Atualmente, há ainda a *aminoisometradinina* (Rolicton). A experiência de nosso Grupo de Rim (Magaldi, Nussenzeig, Sabbaga e Faria) com este produto não é tão boa (se bem que dê resultados satisfatórios) como a com a clorotiazida. Não existe na praça, porém, vem mostrando bons resultados, nos trabalhos desse mesmo grupo, o SU-5678.

Sobre os *hipotensores* houve recentemente um Simpósio na Academia de Medicina de São Paulo, com manifesta divergência entre os jovens médicos que se dedicam mais à investigação e os velhos e reputados clínicos. Todos concordam que produtos como o *hexametônio*, *pentolínico*, *trietilamônio* (Ecolid) e principalmente a *mecamilamina* (Mecamina, Mevasina, Mecamil, etc.) têm manifesta ação ganglioplégica e, através disso, nítida ação hipotensora. Porém, a variabilidade de ação com a mesma dose, os inumeráveis efeitos tóxicos, as hipotensões surpreendentes, a dificuldade de controle, fazem com que só sejam aplicáveis em doentes internados (daí o entusiasmo dos investigadores) e não nos doentes ambulatórios (daí o ceticismo dos clínicos). Os outros produtos, derivados da *Rauwolfia*, *protoveratrin*, etc. só ou combinados, já são do domínio público. Semelhante à *mecamilamina* há na Inglaterra a *pempidina*.

Na terapêutica do *choque* de qualquer origem, temos atualmente o grupo das *catecolaminas*; a *fenilefrina* (Neosinefrina), a *metoxamina*

(Vasoxyl), a *mefentermina* (Wyamina), o *levarterenol* (Levophed) e o *metaraminol* (Aramina). As duas primeiras não têm efeito inótropro positivo, aumentam o fluxo coronariano e não alteram o pulso. Delas, a mais moderna é a Aramina, de uso subcutâneo, intramuscular e intravenoso. Além da vantagem de multiplicidade de via, tem a de não produzir necrose de tecido e permitir uso prolongado. Com ela a pressão sobe lentamente e se mantém duradouramente. Não há ainda em nosso mercado e está sendo usada no Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas, por importação. É uma droga magnífica.

Quanto aos *euritmicos*, nas taquicardias paroxísticas nas quais a quinidina é indicada, pode atualmente ser usada a quinidina intravenosa. Nos bloqueios auriculoventriculares parciais que tendem a se tornar bloqueios totais, tem-se utilizado o *Isoptrel* (*isopropilnoradrenalina*), que também é um derivado adrenalínico (ampólas de 0,2 mg). Tem manifesta ação sobre o automatismo ventricular, aumentando a frequência do pulso. O Aleudrin tem como base o mesmo componente químico, porém a sua via, sublingual, não permite iguais resultados. Ainda nesses bloqueios pode ser usado o lactato de sódio *sextomolar*, gôta a gôta, por via intravenosa. É interessante que a *Neosinefrina* e o *Vasoxyl* têm ação nas taquicardias paroxísticas.

Entre os *anti-reumáticos* predominam ainda hoje os corticóides. Procura-se maior ação anti-reumática e antiinflamatória com a menor dose possível e com produtos que não retêm sódio e não expoliam o potássio. Assim, parecem representar um progresso sobre a *prednisona* e a *prednisolona*, a *triamcinolona* (Omcilon, Ledecort), de ação 1,3:1 sobre a *hidrocortisona*, e o *hexadecadrol* (Decadron), de ação 8:1 sobre a *hidrocortisona*. Em nosso Serviço, o Grupo de Reumatismo, encabeçado pelo próprio Chefe do Serviço, Prof. Luiz V. Décourt, tem estudado essas drogas. Pode esse grupo (Décourt, Spilborghs, Nebó, Cossermelli, Giannini e Papaléo) positivar a ausência de ação electrolítica, ausência de alterações psi-

BEGLUCIL B1

B
e
g
l
u
c
i
l

	10 cm3	20 cm3
Vitamina B1	50 mg	100 mg
Vitamina C	0,10 g	0,20 g
Cloridrato de Cisteína	0,01 g	0,02 g

Em Glicose a 30 %

BEGLUCIL 25 %

	10 cm3	20 cm3
Vitamina B1	0,0125 g	0,025 g
Vitamina C	0,25 g	0,50 g
Cloridrato de Cisteína	0,01 g	0,02 g

Em Glicose a 25 %

BEGLUCIL 50 %

	10 cm3	20 cm3
Vitamina B1	0,0125 g	0,025 g
Vitamina C	0,25 g	0,50 g
Cloridrato de Cisteína	0,01 g	0,02 g

Em Glicose a 50 %



instituto farmacêutico de produtos científicos xavier
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

quicas e cefaléia (estas observadas por autores americanos) e menor tendência ao aparecimento da face de lua-cheia. Não evitam esses medicamentos as alterações gastrintestinais, inclusive úlceras gástricas. É interessante que casos de face de lua-cheia produzidas por outros corticóides desapareceram com o uso da triamcinolona. Entretanto, esta às vezes produz esse tipo de face.

Sobre os anticoagulantes igualmente houve um Simpósio na Academia de Medicina de São Paulo. Todos os autores foram favoráveis ao seu uso nas doenças coronarianas. Porém, esses mesmos autores quase não o usam, o que se compreende, dada a rebeldia dos pacientes e as dificuldades do seu emprego. Procuramos usar no máximo que podemos. O anticoagulante ideal é o que tem ação e eliminação mais rápida e que responde facilmente ao emprego da vitamina K₁. Atualmente, nos meios estrangeiros usa-se muito o 3-acetonilbenzil-4-hidroxycumarin, ou Warfarin-sódio (Coumadin).

O mais recente vasodilatador coronariano é um derivado flavônico, o Recordil. Nossa experiência com esse produto não é tão boa quanto a com o tetranitrato de pentaeritrol (Peritrate). Casos particulares, porém, têm mostrado efeito melhor, de maneira que utilizamos esse medicamento quando falha o primeiro. A associação de um atarácico (meprobamato) parece melhorar a ação desses produtos. Sem se poder dizer se tem ou não efeito vasodilatador, parecendo mais agir como inibidor de uma aminoxidase e outros catalisadores do processo de oxidação do miocárdio, tem ação sobre a angina de peito, melhorando as manifestações dolorosas, a iproniazida (Marsilid). Infelizmente, efeitos colaterais (inibição da potência sexual e produção de

alterações psíquicas) limitam um pouco o emprego desta droga. Interviria ainda nos processos dolorosos do coração outra substância de ação metabólica, fixadora do O₂ no miocárdio por meio de processos enzimáticos, o ácido pangâmico ou vitamina B₁₂. É utilizada na dose de 4 a 6 comprimidos diários de 10 mg ao dia ou então injeções diárias de 10 a 50 mg.

Além das drogas citadas, a iproniazida e o ácido pangâmico (este teria uma ação lipotrópica), as quais melhorariam a oxidação miocárdica, temos drogas de presumível ação antisclerótica. Um dos grupos atua diminuindo a absorção do colesterol exógeno; nele estaria o betasitoesterol. Já os ácidos graxos não saturados como o ácido linoléico (Linotal), pertenceriam a um segundo grupo, que atuaria diminuindo o colesterol do soro endógeno. Teria esta ação também o oleato de 3-7-dimetilxantina e magnésio (Athemol). São drogas ainda em observação. Mais certo ainda atualmente é o emprego dos derivados de ácido nicotínico, das vitaminas A, E e de todo o grupo do complexo B. De todas maneiras, no estudo das substâncias que interferem no metabolismo miocárdico, é que está o futuro dos cardiopatas não cirúrgicos, no momento apenas praticamente confortados com os digitálicos e com os vasodilatadores.

Entre os detergentes e mucolíticos há o Alevaire, estrangeiro, e o Tergetol, nacional, que, por via inalatória, formam, na mucosa brônquica, com o muco, sabões, diminuindo a tensão superficial e assim facilitando a ação eliminatória e mucolítica dessa mucosa.

Os hipotensores da circulação pulmonar são os mesmos da circulação geral. Usa-se muito o Serpasol.

"A Cirurgia no Sanatório São Lucas"

2 VOLUMES

Preço Cr\$ 700,00

BIOSERINA

Que é Bioserina ?

— É uma associação de Novocaina e extrato potencializado de órgãos.

Qual a importância e interesse da associação ?

— O extrato de órgãos por si só, é poderoso fator de melhoria das condições glandulares, nervosas e vasculares de indivíduos senis, restabelecendo a vivacidade, a disposição e elasticidade, além de possuir notável ação anti-tóxica, anti-alérgica e protetora da célula hepática.

O extrato de órgãos tem ação sinérgica e potencializadora sobre os efeitos eutróficos, revitalizantes e de recuperação orgânica apresentados pela Novocaina.

Quais os resultados do emprego de Bioserina ?

— Bioserina determina:

- a) *Desaparecimento da sintomatologia dolorosa.*
- b) *Melhora dos movimentos articulares.*
- c) *Melhora do quadro da artério-esclerose.*
- d) *Melhora das condições cárdio-circulatórias.*
- e) *Melhora das condições psíquicas.*

FÓRMULA:

Cloridrato de Novocaina	0,100 g.
Extrato potencializado de órgãos	5 ml.

INDICAÇÕES:

Profilaxia e tratamento dos transtornos de senilidade — Artério-esclerose — Hipertensão arterial — Artropatias — Caducidade — Dores e nevralgias em geral.

Um produto garantido com a marca CLIMAX



LABORATÓRIO CLIMAX S.A.

Rua Joaquim Távora, 651 - 780 — São Paulo, Brasil

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão em 12 de dezembro de 1958

Presidente: Dr. Guilherme Mattar

Febre reumática na criança: aspectos clínicos. Dra. Maria Vitória Martin. — A febre reumática é uma doença sistêmica, que se caracteriza por lesões inflamatórias do tecido conectivo. Daí decorre a multiplicidade de órgãos e aparelhos comprometidos e o pleomorfismo de suas manifestações. Entretanto, qualquer que sejam os sintomas e sinais da febre reumática, é fora de dúvida que sua gravidade decorre do comprometimento do coração. Portanto, parece-nos importante, ao analisar os aspectos clínicos da febre reumática, pôr especial ênfase nas manifestações cardíacas, relegando a segundo plano os outros sinais principais da doença, isto é, a poliartrite, a coreia, os nódulos subcutâneos e o eritema marginado. Para isso tentaremos responder as três perguntas: 1.^a) Como se evidencia o comprometimento do coração na doença reumática? 2.^a) Em que percentagem de casos de febre reumática é o coração atingido no ataque inicial? 3.^a) Em que fase da doença se dá tal comprometimento?

1.^a) *Como se evidencia o comprometimento do coração pela febre reumática?* Evidencia-se pelo aparecimento de: 1) sinais de miocardite; 2) sinais de valvulite e endocardite; 3) sinais de pericardite; 4) sinais de pancardite, com ou sem insuficiência cardíaca. A miocardite reumática isolada é rara, mas quando existe é grave e responsável por muitos casos de morte súbita ocorridos quase sempre na fase inicial da doença. Os sinais clínicos são parcos e inespecíficos; em um grupo de casos confirmados por autópsia foram assinalados taquicardia, dispnéia, cianose em alguns, ritmo de galope e, raramente, sopros que, quando existiam eram explicados por dilatação cardíaca. No mencionado grupo, de 22 casos, descritos por Otto Saphir e Langendorff, não havia lesões valvulares. Os acha-

dos anátomo-patológicos foram divididos em três grupos: a) presença de nódulos de Aschoff no sentido estrito isto é, de granulomas situados no vaso sanguíneo; b) sinais inflamatórios difusos do tecido intersticial; c) alterações degenerativas e necróticas das próprias fibras miocárdicas. Estas alterações, na opinião dos autores, seriam as mais importantes. O eletrocardiograma mostrou-se o melhor meio de diagnóstico da miocardite isolada, acusando alterações do segmento ST e onda T, bloqueios AV de 1.^o ou 2.^o grau e, sobretudo, a grande mutabilidade dos achados, de um exame para outro. O diagnóstico diferencial entre a miocardite reumática isolada e outras miocardites é importante e difícil, principalmente na criança pequena, e depende da evidência de outros sinais de febre reumática. O diagnóstico diferencial com a fibroelastose pode ser impossível. A valvulite reumática traduz-se pela presença de sopros significativos, sendo assim definidos todos os sopros diastólicos e os sopros sistólicos que tenham pelo menos grau III e se situem preferencialmente na área mitral. As válvulas mais comumente atingidas são a mitral e a aórtica, isoladas ou em combinação. Numa série de 247 ataques iniciais de cardite reumática, Massell e col. encontraram sopro tipo insuficiência mitral em 71% dos casos, tipo insuficiência mitral + insuficiência aórtica em 22% e tipo insuficiência aórtica pura em apenas 7% dos casos. Os sopros diastólicos de base, em decrescendo, raramente são transitórios e indicam, na maioria dos casos, lesão orgânica da válvula aórtica. Corroborando tal assertiva, de 115 pacientes com sopro diastólico inicial, acompanhados mensalmente durante, em média, 5 anos, por Feinstein e Di Massa, 83 (72%) ficaram com lesão cardíaca. Já os sopros mesodiastólicos e pré-sistólicos de ponta, ao contrário, são característicos da fase de cardite ativa, sendo

AMINO-CRON

— TÓPICO —

Succinato de sulfanilamida sódica	6,25 g
Mercurocromo	2,00 g
Glicerina	5,00 g
Água fervida	100 cm ³

*No tratamento tópico das infecções
estrepto-estafilocócicas*

AMINO-CRON

— CIRÚRGICO —

Sulfanilamida — Mercuro-
cromo — Alcool — Acetona.

*Uso tópico, pré-operatório —
Assepsia local*



LABORATÓRIO YATROPAN S. A.

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 290 — Telefones: 35-8485 e 35-1013

explicados, quer pelo edema valvular, quer por estenose relativa da válvula mitral ou tricúspide, conseqüente à dilatação ventricular. Não servem, pois, de base para estabelecer-se o diagnóstico de estenose mitral, que, aliás, leva em média 2 a 8 anos após a cardite reumática para constituir-se. O fenocardiograma constitui bom meio de se acompanhar a evolução dos sopros reumáticos, pela possibilidade de localização exata, verificação de seu tipo, duração e intensidade. Os estudos radiológicos e electrocardiográficos são muito menos importantes que a ausculta cardíaca para avaliação da presença de valvulite reumática. A *pericardite reumática* traduz-se pela presença de atrito pericárdico, abafamento de bulha e rápido aumento da área cardíaca. O electrocardiograma é bom meio auxiliar de diagnóstico, caracterizando-se pela elevação dos segmentos ST. A pericardite ocorre em geral nos casos graves de febre reumática e quase sempre se acompanha de sopros significativos, tradutores de comprometimento valvular. Na presença de outros sinais de lesão cardíaca, a existência de atrito pericárdico sugere atividade do processo reumático. Pericardite isolada em geral não é reumática. Podem existir, concomitantemente, sinais de miocardite, valvulite e pericardite, tendo-se então a pancardite reumática. Esta acompanha-se freqüentemente de insuficiência cardíaca. A *insuficiência cardíaca* é sinal de cardite muito grave, como se verifica das cifras de Massell e col., nas quais, entre 21 portadores de insuficiência cardíaca, 5 faleceram no primeiro surto da doença, dando um total de 24% dos pacientes. A insuficiência cardíaca raramente aparece na ausência de sinais de valvulite reumática. Na criança, sobretudo, a presença de insuficiência cardíaca indica sempre atividade do processo reumático. É importante assinalar que a insuficiência cardíaca que acompanha a cardite reumática, na criança, é do tipo direito, obedecendo seu aparecimento, em geral, à seguinte ordem de sinais: a) aumento do fígado, 1 semana a 10 dias antes de qualquer outro; b) aparecimento de edema facial; c) aumento rápido

do péso, às vezes num prazo de 12 a 24 horas. Além desses sinais, Sprague e Walsh assinalam a freqüência de: galope diastólico, aumento da pressão venosa e desvio do eixo elétrico para a direita, desvio esse que regride logo que desaparecem os sinais de insuficiência cardíaca.

2.^a) *Em que percentagem de casos é o coração atingido no ataque inicial?* Recorremos mais uma vez às cifras de Massell, Fyler e Roy. Em 457 ataques iniciais estudados por esses autores, 53% dos pacientes apresentavam sopros significativos. Convém assinalar que, nesse total de comprometimento cardíaco, estavam incluídos apenas os casos comprovadamente de valvulite. Outros autores assinalam totais de até 70% de comprometimento cardíaco, sendo possível que a discrepância se deva ao fato de serem computados aqui casos apenas com alterações electrocardiográficas, não imputáveis à valvulite e que os autores mencionados assinalam em separado.

3.^a) *Em que fase da doença se dá o comprometimento do coração na febre reumática?* É muito precoce. No referido trabalho de Massell e col., de 103 pacientes com valvulite reumática, em 78 (76%) o sopro apareceu na 1.^a semana de doença; em 85% dos casos tal aparecimento se deu até o fim da 4.^a semana. Portanto, o risco de aparecimento de sopro cai a cerca de 12% depois de 1 mês do início da doença e a 6% depois de decorridos 3 meses. Tais dados têm valor prognóstico, permitindo-se razoável otimismo quando não surge sopro até o fim do primeiro mês de doença, no surto inicial de febre reumática.

Febre reumática na criança: aspectos diagnósticos. Dr. Gil Spilborghs. — Julgamos que a nós cabe falar unicamente dos exames de laboratório, uma vez que a parte clínica esteve a cargo da colega que nos antecedeu. As provas de laboratório não servem praticamente para se fazer o diagnóstico da doença reumática, a não ser nos casos atípicos e frustos, cabendo unicamente à clínica essa fi-

"NOTAS DE FITOTERAPIA"

Catálogo de plantas utilizadas em Medicina e Farmácia. Dados principais: origem, sinonímia, parte usada, principais caracteres e constituintes químicos, usos farmaco-terapêuticos, formas farmacêuticas habituais, posologia, preparações extemporâneas obtidas de extrato fluido, etc. Seguido de memento terapêutico e índice poliglota.

1.^a edição — 1942 (esgotada).

FARMCO. RAUL COIMBRA

2.^a edição (revista e aumentada) 1958 — pelo

PROF. FARMCO. E. DINIZ DA SILVA,

(Catedrático de Farmácia Galênica da Faculdade Nacional de Farmácia da Universidade do Brasil e Catedrático de Farmacognosia da Faculdade de Farm. e Odontologia do Estado do Rio)

432 páginas ★ Preço: Cr\$ 400,00



Edição do

LABORATÓRIO CLÍNICO SILVA ARAÚJO S. A.

Caixa postal, 163. End. Telegr. "BIOLABO" — Rio de Janeiro.

Em São Paulo pedidos a nossa filial à Rua Teixeira Leite, 292

nalidade. Os exames subsidiários servem e são de grande utilidade para seguimento da atividade da moléstia e nêles nos baseamos para instituição da terapêutica até a cura clínica. Estes exames, é sabido, não são específicos da doença reumática, entretanto, apesar de sua inespecificidade, as modificações humorais que se passam no organismo durante a vigência da moléstia, espelhando um processo infeccioso em marcha, são de grande valor para a orientação terapêutica. Para melhor exposição do assunto, vamos dividir as provas em quatro grupos: a) hemograma; b) reação da fase aguda do soro; c) resposta imunológica do organismo; d) eletrocardiograma.

Hemograma: Encontramos geralmente anemia do tipo hipocrômico e normocítico, podendo também, às vezes, haver anemia normocrômica, microcítica. Nas crianças pálidas, revelando um quadro de infecção crônica, encontramos essa anemia resistente à terapêutica ferruginosa e que só cede com a medicação anti-reumática. Na série branca encontramos, na maioria dos casos, leucocitose não muito elevada, girando em volta de 12 a 13 mil leucócitos. Neutrofilia com desvio para a esquerda. Na maior parte dos casos encontramos com maior frequência eosinofilia em lugar de eosinopenia, como querem diversos autores; e aumento dos monócitos, muito constante, talvez por irritação do SRE.

Reação da fase aguda do soro: Citamos a hemossedimentação em primeiro lugar em vista da sua simplicidade, sendo exequível em qualquer laboratório, por mais pobre que seja. Prova de fácil manejo e técnica, é de grande valor, apesar das restrições que lhe são apontadas. Não é positiva em 100% dos casos, mas sua positividade atinge até a 94% quando se repete. Essa restrição pode ser apontada para todas as outras provas, exceto a da proteína reativa C, que surge em 100% dos casos. Outra limitação é a sua normalidade nos casos de insuficiência cardíaca congestiva e o fato de que com a terapêutica com o salicilato de sódio, segundo

alguns autores, se normaliza apesar da atividade da moléstia. Ora, nossa experiência tem verificado que a atividade da moléstia continua alterando a hemossedimentação na vigência da terapêutica salicilada. Reputamos uma boa prova, não só pela simplicidade e baixo custo, como também pelo seu comparecimento positivo na grande maioria dos casos.

Complexo mucoprotéico: É um complexo formado de carboidrato e proteínas. Dosa-se a mucoproteína pelo seu teor em hidrato de carbônio e as proteínas são determinadas através do seu teor em tirosina. Na doença reumática ativa há aumento total das mucoproteínas. Os valores considerados normais para a tirosina variam entre 1 e 4 mg e os do hidrato de carbônio até o máximo de 14,5 mg. Em nossa experiência tem comparecido com positividade em 96% dos casos. É uma reação que segue a evolução da atividade reumática sem alternância de altos e baixos. Vai-se normalizando à medida que a doença perde sua atividade. Parece também não sofrer a influência dos medicamentos e principalmente dos hormônios. Entretanto, normaliza-se tardiamente, quando as outras reações já se normalizaram há muito.

Proteína reativa C: É sabido que, em todas as infecções agudas, surge no soro do doente uma proteína estranha que se denominou "proteína reativa C", tendo a propriedade de se precipitar quando em presença dum polisacáride C da cápsula do pneumococo. Esta proteína reativa C comparece em 100% dos casos de doença reumática ativa. É uma reação qualitativa e não quantitativa como as outras provas, daí sua vantagem e seu valor. Sua presença no soro indica sempre atividade da moléstia, presença de doença reumática, não estando na dependência da sua quantidade. Temos observado, entretanto, seu desaparecimento precoce do soro em relação com as outras provas e o quadro clínico de atividade. Fato interessante desta prova, no entanto, é sua negatividade em 100% dos casos de coréia, segundo temos observado. Sendo uma boa prova para a fase

NOVA ERA NA TERAPÊUTICA PELOS ANTI-HISTAMÍNICOS

POLARAMINE { REPETABS
Comprimidos
Líquido

O anti-histamínico de escolha
em *tódas* as manifestações alérgicas

- * *Afecções alérgicas do aparelho respiratório:* rinite alérgica — certos casos de asma — resfriado.
- * *Reações medicamentosas* causadas por: sulfonamidas — antibióticos de amplo espectro — penicilina — sôros.
- * *Afecções alérgicas cutâneas:* dermatite de contacto e atópica — eczema alérgico — prurido anal e vulvar — prurido de origem não específica — urticária — angioedema — picadas de inseto.
- * *Alergias alimentares.*
- * *Enxaqueca.*

EMBALAGENS ORIGINAIS

POLARAMINE REPETABS — Frasco com 12 Repetabs de 6 mg

POLARAMINE comprimidos — Frasco com 20 comprimidos de 2 mg

POLARAMINE líquido — Vidro com 100 cm³



INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA SCHERING S/A

Rio de Janeiro — São Paulo — Pôrto Alegre — Belo Horizonte — Juiz de Fora
— Salvador — Recife — Fortaleza — Curitiba

inicial da doença reumática, pode-se dizer que é falha para o seguimento da evolução da atividade, devido a desaparecer prematuramente.

Electroforese em papel: É uma prova que utilizamos com frequência. Na atividade da doença reumática encontramos alterações importantes, indicadoras da presença de atividade: 1) diminuição constante das albuminas e aumento das globulinas, principalmente das globulinas α_2 e γ , esta última menos acentuadamente que a primeira. O aumento acentuado da globulina α_2 é talvez devido ao fato de migrarem na faixa da α_2 as mucoproteínas. Encontramos também aumento da globulina α_1 , porém, inconstante e pouco acentuado. Verificamos ainda discreto e fugaz aumento da globulina β , em cuja faixa parece migrar a proteína reativa C. Na doença reumática ativa encontramos a α_2 bem mais aumentada que a γ , dando-se o contrário quando se trata duma doença do colágeno ou endocardite bacteriana, nas quais a globulina γ está sempre mais aumentada do que a globulina α_2 . Podemos então dizer que um aumento da globulina α_2 maior que o da γ indica doença reumática ativa, ao passo que um aumento da globulina γ maior que o da α_2 sugere uma doença do colágeno ou uma endocardite bacteriana. A electroforese é um bom método de investigação na doença reumática ativa. Normaliza-se, entretanto, tardiamente em relação à cura clínica.

Reação do octab: Esta reação baseia-se na propriedade que têm as proteínas do soro nas doenças agudas de se turvarem quando na presença dos sais quaternários de amônio. Octab é o nome simplificado desta reação por utilizar como reativo o cloreto de octadecil-dimetil-benzil-amônio. A medida é dada em unidade de densidade óptica. Consideramos como limite máximo normal até 120 u. Esta reação se encontra aumentada na doença reumática ativa, mas sua incidência de positividade é bem menor que a das outras reações, chegando a mais ou menos 87% dos casos. Esta reação é importante por surgir em casos de coréia.

Resposta imunológica do organismo: Esta prova se baseia na existência de elevados títulos de anticorpos libertados pelos estreptococos no soro dos reumáticos. Sabendo-se que a doença reumática é a consequência de uma infecção estreptocócica, titulam-se os anticorpos que surgem como ocorrência da estreptococia. A prova consta da titulação da antistreptolisina O, que está sempre elevada na presença da doença reumática, embora a encontremos também elevada na vigência duma estreptococia banal. Entretanto, tem valor sabendo-se que em média os títulos são mais elevados, mais constantes e mais duradouros na atividade reumática, do que os duma infecção estreptocócica banal. Na doença reumática ativa os títulos, cujos valores geralmente ultrapassam 200 a 300 u., podem atingir mais de 5.000 u./ml. Não há qualquer relação entre a gravidade do quadro mórbido e a elevação do título do anticorpo, podendo-se, às vezes, encontrar um quadro clínico grave com uma titulação relativamente baixa. O aumento do título é encontrado na segunda semana após a infecção e é entre a terceira e a quinta semanas que se observam os valores mais elevados, reduzindo-se depois lentamente de acordo com a diminuição da atividade da moléstia.

Electrocardiograma: Atualmente reputamo-lo de valor secundário diante de várias outras provas mais concludentes. Por exemplo: o espaço PR está aumentado em 23% dos casos, percentagem relativamente baixa em relação a outras provas. Às vezes encontramos um PR persistentemente alongado após a remissão da fase ativa da doença, que se deve às alterações escleróticas da parede auricular, comprovadas pela biopsia. O espaço QT, que se encontra alongado na atividade da moléstia, indicando um progresso de cardite ativa aparece somente 43% das vezes em criança e 38% em adultos. Na cardite reumática ainda podemos encontrar como sinal de atividade um retardamento na curva ascendente da onda T.

NOROCOLINA

Vaso-dilatador coronariano e diurético

FÓRMULA:

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

MODO DE USAR:

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.



LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487

STRYCHNANEURIN B₁₂

(VITAMINA B₁₂+VITAMINA B₁+SULFATO DE ESTRICNINA)

Tônico neuro-muscular por excelência

Strychnaneurin B₁₂ 50 mcg

(1 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

Strychnaneurin B₁₂ 100 mcg

(2 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

Strychnaneurin B₁₂ 500 ou 1.000 mcg

(2 mg Sulfato de estricnina + 100 mg Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

DRÁGEAS DE DOSAGEM ÚNICA



Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

LABORATÓRIO NOVOTHERAPICA S. A.

Rua Pedroso de Morais, 977 — Fone 80-2171 — São Paulo

Febre reumática na criança: aspectos terapêuticos. Dr. Horácio Kneese de Mello. — Na fase aguda é indicado o uso de corticóides em dose alta durante 4 a 6 semanas, diminuindo-se lenta e progressivamente. É interessante dar ácido acetilsalicílico quando a dose de corticóides é diminuída, de modo que se consiga um

período de tratamento o mais longo possível. O sucesso do tratamento depende da precocidade com que é instituído e da duração do mesmo. Como preventivo, das recidivas deve-se empregar de preferência a penicilina-benzatina, na dose de 1.200.000 u. de 30 em 30 dias.

Sessão em 18 de dezembro de 1958

Presidente: Dr. Jacques Crespin

Escherichia coli 0128B12 e 086B7 como causa de diarreia epidêmica do recém-nascido. Drs. Dácio Pinheiro, Augusto E. Taunay e Oswaldo Veroni. — Os autores apresentam o primeiro caso descrito no País, de diarreia epidêmica do recém-nascido em prematuros, por *Escherichia coli*. A observação foi feita no Berçário do Pronto Socorro Infantil Municipal e a análise bacteriológica das fezes foi realizada no Instituto Adolfo Lutz. Dos sete prematuros estudados, três apresentaram coprocultura positiva

para *E. coli* 0128B12, para *E. coli* 086B7 e três, resultado negativo. A enterinfecção foi tratada com tetraciclina, alcançando-se negatificação do exame bacteriológico e cura completa de todos os casos. Um minucioso estudo do material observado foi apresentado. Considerando-se a alta morbidade e elevado índice de mortalidade da diarreia epidêmica do recém-nascido, especialmente em relação ao prematuro, o resultado alcançado pode ser comparado aos melhores assinalados na literatura especializada.

DEPARTAMENTO DE PROCTOLOGIA

Sessão em 9 de dezembro de 1958

Presidente: Dr. Haroldo de Azevedo Sodré

Substituição da bexiga por segmento intestinal excluído. *Experiência e técnicas pessoais.* Dr. Azael S. Leister. — O autor, após ligeira síntese sobre o uso de segmentos intestinais excluídos como substitutos da bexiga, expôs detalhadamente a técnica de Cortos, Gilchrist e Merricks, da neobexiga ileocecal, e apresentou 2 casos pessoais operados por essa técnica, sendo o primeiro em julho de 1955, com sobrevida de 8 meses e 20 dias (óbito devido a recidiva e metástases cancerosas, 5 meses após evisceração pélvica total) e o segundo caso em 1957, com óbito no 7.º dia, por perfuração da neo-bexiga, devido a obstrução do cateter e peritonite difusa (os dois casos foram necropsiados). Lembra a dificuldade técnica da realização desse tipo de neobexiga meses após

operações de esvaziamento pélvico, devido a aderências firmes das alças delgadas às paredes pélvicas desepitonizadas.

Refere-se, a seguir, ao trabalho experimental de Maddock, Tsai e Riba (1953) e o recente trabalho de Fernando Gentil (1958) sobre "implantação ureteril bilateral e ileorretosigmoidostomia", técnica que teve a oportunidade de efetuar em uma paciente (1957), 10 meses após evisceração pélvica total, por câncer multivisceral, sem resultado, pois a doente faleceu, devido a choque cirúrgico (necropsia).

Insiste sobre a grande importância dum Serviço de enfermagem especializado e, bem assim, de Serviço de recuperação à altura de tais interven-

INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



**RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0655
SÃO PAULO**

EL DRENAJE EN CIRURGIA

E

SEMIOLOGIA DEL CANCER DEL COLON Y DEL RECTO

Trabalhos do Prof. DOMINGOS PRAT, Professor Emérito da Faculdade de Medicina de Montevidéo, constituem duas publicações de real interesse para a classe médica.

Cr\$ 150,00 e Cr\$ 200,00



Os interessados na aquisição dessas obras podem dirigir-se ao

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Rua Pirapitingui, 80

ções, que não podem ser realizadas em qualquer ambiente hospitalar, se se pretender resultados compensadores.

Após se referir às dificuldades técnicas de operações de neobexiga continente (de reto — Mauclair, Rutkowski, Narika, Gersuny, Marlon — e de íleo — transesfintérica, de Cuneo, etc.), apresentou duas técnicas pes-

soais de neobexiga continente, valvular, muito simples, embora não tenha ainda, com as mesmas, experiência em animal de laboratório ou no homem. Essas duas técnicas pessoais foram apresentadas pelo autor, em nota prévia, no Departamento de Cirurgia Geral da Academia de Medicina de São Paulo, em 1-10-1958.

CENTRO MÉDICO DE RIBEIRÃO PRÊTO

Sessão em 27 de junho de 1958

Problemas do megacólon na infância. Dr. Virgílio A. Carvalho Pinto. — O autor aborda os problemas do diagnóstico, patogenia, terapêutica e pós-operatório. Distingue os três tipos de megacólon: orgânico ou secundário a alterações anômicas; funcional, devido a maus hábitos higiênicos ou a causas psicogênicas; e neurogênico ou aganglionar, Hirschsprung verdadeiro, para o qual aceita a doutrina patogênica da ausência de células ganglionares dos plexos nervosos autônomos da parede intestinal em determinado segmento do cólon. Salienta a importância do exame radiológico, insistindo sobre a pequena

quantidade de contraste a ser introduzido, bem como o valor da biópsia retal no reconhecimento da ausência de células ganglionares dos plexos intramurais. Alerta quanto aos perigos da atitude conservadora, citando a curta sobrevivência em tais casos, quando não devidamente tratados. Indica o tratamento cirúrgico, que consiste em retirar todo o segmento aganglionar estreitado, além do segmento proximal dilatado, ou seja, a retossigmoidectomia de Swenson. Antes de 1 ano, porém, faz prévia colostomia deixando aquela intervenção para depois.

Sessão em 30 de julho de 1958

Proctologia na infância. Dr. Geraldo Avelino Amaral da Silva — O autor estabelece certa distinção entre a proctologia do adulto e da criança, acentuando as peculiaridades anômicas e semiológicas anorretais da criança. Refere-se à grande deficiência das estatísticas nacionais sobre as afecções proctológicas na infância, à pequena percentagem de crianças examinadas pelos proctologistas, sendo de opinião que, embora a incidência destas afecções deva ser muito maior nos adultos, a casuística em crianças seria certamente bastante aumentada se o exame proctológico fosse feito com maior frequência, chamando a atenção para a necessidade de maior entrosamento entre pediatras e proctologistas. Cita as afecções anorretais mais frequentes na infância, tais como anomalias congênicas

do canal anal e do reto, pólipos reais, prolapso retal e procidência, escoriações e fissuras anais, fistulas anorretais, tumores, colites ulcerosas, corpos estranhos, traumatismos, etc., considerando o pólipo como a afecção mais comum, caracterizado pela emissão de sangue vivo, sem dor. As queixas principais referem-se ao aspecto das fezes, à dor e à emissão de sangue. Enumera as fases do exame proctológico: inspeção e palpação da região anorretal, toque retal, endoscopia, eventualmente biópsia, e radiografia mediante clister opaco. Salienta a importância do toque retal, o qual deveria ser feito com maior frequência pelos pediatras. Considera a endoscopia viável na infância, sem anestesia a fim de evitar acidentes tais como perfurações, exceção de crianças rebeldes, salientando sua im-

ATUALIDADE!

Em uma só drágea

Ação eutrófica, anabólica e anti-senil

NOVALDOZE DRÁGEAS

Cada drágea encerra:

Procaína	40 mg
Vitamina A	5.000 UI
Vitamina D ₂	500 UI
Vitamina B ₁	4 mg
Vitamina B ₂	1 mg
Vitamina B ₆	1 mg
Vitamina B ₁₂	1 mcg
Vitamina E	2 mg
Vitamina H ₁ (Paba)	10 mg
Niacinamida	10 mg
Pantotenato de cálcio	5 mg
Etinil-estradiol	0,008 mg
Metil-testosterona	4 mg
Excipiente q. s. p. 1 drágea	400 mg



NOVALDOZE INJETÁVEL

Eutrófico de ação potencializada

Cada ampôla A contém:

Vitamina B ₁	10 mg
Vitamina B ₂	5 mg
Vitamina B ₆	5 mg
Niacinamida	100 mg
Pantotenato de cálcio	100 mg
Veículo q. s. p. 1 amp.	1 cm ³

Cada ampôla B contém:

Procaína	100 mg
Vitamina B ₁₂	50 mcg
Veículo q. s. p. 1 amp.	1,5 cm ³

Amostras e literaturas à disposição dos srs. Médicos



LABORATIL S. A. INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Praça Benedito Calixto, 133 — Fones 8-2143 e 8-2144 — São Paulo (Brasil)

portância no diagnóstico das anomalias congênitas, pólipos, colite ulcerosa e particularmente no reconhecimento precoce do câncer do reto, de evolução muito mais rápida na criança que no adulto. Com referência ao exame radiológico, mostra as vantagens do clister baritado sobre a introdução do contraste por via oral, pois, no diagnóstico proctológico, o que se deseja visibilizar é a forma e não a função. No tratamento, cuida

mais particularmente do prolapso retal, para o qual adota e aconselha terapêutica conservadora, melhora das condições nutritivas, controle das evacuações, erradicação das parasitoses intestinais, etc., por tender o prolapso à cura espontânea, reservando as injeções de substâncias esclerosantes ou irritantes, como o leite, etc., somente para os casos de insucesso. Em caso de procidência acentuada do reto, faz a fixação cirúrgica; em caso de necrose, amputação.

Sessão em 27 de agosto de 1958

Infecções urinárias na infância. Dr. Geraldo Zambianchi. — O autor aborda o problema das infecções urinárias prolongadas ou rebeldes, chamando a atenção dos pediatras para a importância do diagnóstico urológico nestes casos, que exigem sempre um exame urológico completo, a cargo do urologista, pósto que a urologia pediátrica se apresenta aqui praticamente como uma miniatura da urologia do adulto. Em tais piúrias rebeldes praticamente sempre estão em jogo malformações congênitas, cálculos, etc., sujeitos a complicações graves, muitas vezes remotas, na vida adulta. Defende o conceito de infecção urinária igual a rim infectado, criticando

o termo "pielite" e preferindo a designação "pielonefrite". Na sintomatologia descreve formas assintomáticas, formas com sintomas urinários e formas com sintomas extra-urinários. No diagnóstico salienta a importância do exame de urina, da dosagem de uréia no sangue, dos exames radiológicos, particularmente a urografia excretora, que dá idéia não só da forma mas também da função renal; complementarmente, a pielografia retrógrada; da cistoscopia e cateterismo das vias urinárias. Apresenta observações de casos de cálculo mole (de fibrina) e menino de seis anos, rim em ferradura, ureteroceles, pielonefrose tuberculosa e outros.

Sessão em 31 de agosto de 1958

Amigdalectomia sob dissecação em adultos e crianças, sob anestesia geral pela intubação. Dr. Henrique Crosio. — O autor salienta o efeito prejudicial das amígdalas e adenóides sobre a saúde geral e frisa, de acordo com Francis Lederes, professor e chefe do Departamento de Otorrinolaringologia da Universidade de Illinois, que atualmente se admite, sem a menor dúvida, a íntima relação entre as enfermidades amigdalíneas e as endocardites, nefrites e artrites.

O problema da intervenção é muito difícil de ser solucionado por meio de regras fixas. O papel de defesa, tão do agrado de leigos e médicos em geral, como destaca Mangabeira Albernaz, não merece ser colocado em ponto mais alto que o prejuízo decorrente da enfermidade exis-

tente nas amígdalas palatinas. De acordo com Shambaugh, acha que as amígdalas devem ser removidas quando o perigo para o paciente de uma infecção crônica é maior do que o risco da intervenção.

A amigdalectomia é o melhor tratamento para os abscessos seguidos; hipertrofias que originam obstrução respiratória e linfadenopatia cervical; anginas de Vincent; surdez na infância; persistência do resfriado nasal; portadores de bacilos de Loeffler; halitose; reumatismo; dores musculares e inflamações das estruturas oculares como as irites (Roy Parkinson). O campo das indicações estendeu-se e "já não existe idade limite para operar as amígdalas palatinas" (Raul David de Sanson). A indicação cirúrgica pode ser feita para todas as épocas da vida.

**RECALCIFICANTE
ANABOLISANTE
ANTIANÊMICO**

CALCIGENOL

Composto B₁₂

FOSFATO TRICÁLCICO

Supre o déficit fosfo-cálcico

VITAMINA B₁₂

Assegura o anabolismo protéico e a hemopoese

D-SORBITOL

Favorece a absorção da vitamina B₁₂

VITAMINA D₂

Regula o metabolismo fosfo-cálcico

FLUORETO DE SÓDIO

Previne a cárie dentária



Frasco com 150 cm³ de suspensão aromatizada.

CAG B12 P-1

LABORATÓRIOS SILVA ARAÚJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO



No Canadá, Panneton, no seu Serviço de Creche de Youville, em colaboração com Longpré, intervém em qualquer idade.

O autor é partidário franco da amigdalectomia por descolamento ou dissecação anatômica, com aspiração permanente e sob anestesia geral a fim de evitar o trauma psíquico na criança e, nos adultos pusilânimes, a intervenção pode realizar-se sem atropelos ou deficiências de técnica. Baseia sua experiência em um total de 52 casos, sendo 47 crianças e 5 adultos, todos operados no Hospital da Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto. Chega à conclusão de que a intubação é um método de preferência para crianças e adultos, fazendo uma ressalva para crianças com menos de 3 anos de idade, pelas reduzidas dimensões da laringe. Hoje se intuba melhor pelos princípios preconizados por Chevalier Jackson e pelas sondas mais adequadas não somente quanto ao calibre, porém quanto à sua consistência.

Finaliza declarando haver três razões de ordem científica e duas de ordem prática para ser preferido o método de descolamento anatômico com aspiração permanente e sutura dos vasos da loja. Primeira razão de ordem científica: evitar o trauma psíquico da criança com uma medicação pré-anestésica que afaste com segurança a tensão nervosa causada pelo medo. Segunda: utilizar uma técnica que proporcione a retirada total das amígdalas palatinas (o método de Sluder-Ballenger tem o grande inconveniente de deixar restos de amígdalas). Terceira: poder efetuar a sutura (hemostasia) garantindo um pós-operatório tranquilo e seguro para o paciente. Primeira razão de ordem prática: o anestesista não fica excluído do campo operatório e não há falta de atenção à função respiratória. Segunda: a possibilidade de operar o paciente deitado, em posição de Rose, utilizando-se abre-bóca e abaixa-língua de Braun-Davis.

Sessão em 23 de setembro de 1958

Oclusão intestinal por novêlo de Ascaris. Dr. Osvaldo Munhoz. — O autor, com base na literatura, sobretudo nacional, refere que, embora seja alta a incidência da ascariíose, é relativamente pouco freqüente a obstrução intestinal causada por novêlo de vermes. Descreve o quadro clínico e os achados radiológicos e defende a conduta terapêutica conservadora, orientação que é do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: o tratamento conservador tem mortalidade 3 a 4 vezes menor que o tratamento operatório. Neste Serviço cirúrgico, sobre 27 casos de obstrução intestinal, ocorreu um único cuja etiologia foi o novêlo de Ascaris (3,7%). Este caso é apresentado com pormenores relativos aos achados clínicos e radiológicos e ao bom resultado da terapêutica incruenta adotada.

Pré e pós-operatório dos pacientes que receberam corticóides adrenais ou que foram recentemente operados. Dr. Rubens Lisandro Nicoletti. — Diversos casos de morte são referidos na

literatura durante e após intervenções cirúrgicas realizadas em pacientes que anteriormente haviam recebido corticóides adrenais. A administração do hormônio cortical diminui a atividade da zona cortical da adrenal, podendo levá-la a estado variável de atrofia e de hipofunção. Esses pacientes apresentam função suprarrenal satisfatória para as necessidades normais, porém insuficiente quando o organismo é submetido a stress cirúrgico e anestésico, época em que a integridade do córtex supra-renal é essencial para a sobrevivência. O isolamento de esteróides a partir de extrato de córtex adrenal e a síntese de compostos similares ativos abriram novo campo no tratamento da insuficiência supra-renal.

Tivemos nossa atenção voltada para o assunto quando observamos hipotensão prolongada em paciente submetido a operação de pouca gravidade, que só melhorou com a administração de acetato de cortisona. Durante a cirurgia, houve queda da pressão arterial resistente à administração de sangue e com resultados po-

TROMBOCLASE

(Fenil-Indandiona)

50 mg

Anticoagulante

INDICAÇÕES:

Na profilaxia e tratamento das trombozes, tromboflebitas e embolias

POSOLOGIA:

A critério médico

APRESENTAÇÃO:

Vidros com 25 comprimidos

LUNESIN

(Mefenesina, Fenobarbital e Ácido Glutâmico)

INDICAÇÕES:

- * Tensão nervosa
- * Ansiedade
- * Neurose de angústia
- * Insônia nervosa
- * Na depressão psíquica e fobias
- * Tensão pré-menstrual
- * Hipertensão de origem psíquica
- * No combate dos sintomas de abstinência no tratamento do alcoolismo

POSOLOGIA:

A critério médico

APRESENTAÇÃO:

Vidro com 50 comprimidos de 0,50 g

★

Amostras de Tromboclase e Lunesin à disposição dos Srs. Médicos.



LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A.

Rua Maria Cândida, 1.549 (Vila Guilherme) — Caixa Postal, 8.066 —

Fone: 35-3141 — São Paulo — Brasil

bres e transitórios após administração de vasopressores.

A conduta geral seguida por nós é a de pesquisar a história cuidadosamente para verificar se o paciente fez uso de cortisona ou ACTH nos últimos 12 meses. Nos pacientes de enfermagem, quando candidatos a reoperação, é feito o teste de Thorn, com a finalidade de avaliar a atividade córtico-adrenal. Se não há queda apreciável dos eosinófilos ou se de fato recebeu aqueles medicamentos, profilaticamente preparamo-lo com 50 mg de cortisona na véspera da operação, 50 mg no dia da operação (25 mg antes e 25 mg depois do ato cirúrgico) e 50 mg por dia nos 2 dias seguintes, diminuindo-se a dose no 3.º dia para 25 mg e suspendendo-se a seguir a medicação. Segue-se o mesmo esquema para os pacientes desnutridos, idosos, em mau estado geral.

Tenha ou não havido o preparo acima, se ocorre hipotensão aguda na sala cirúrgica ou no pós-operatório na ausência de hemorragia administra-se hidrocortisona (100 mg) por via venosa, associada eventualmente à noradrenalina. Debelada a crise aguda, deve ser mantida a medicação suprarrenal, com doses diárias decrescentes de acetato de cortisona, 50 mg para cada um dos dois primeiros dias.

Leiomioma do esôfago (comunicação de um caso). L. H. Câmara-Lopes, Akio Tanaka, W. Menegucci e S. Mercurio. — Os tumores benignos do esôfago vêm sendo considerados raridades cirúrgicas. Até 1954, de 192 casos relatados na literatura, 157 eram leiomiomas. Nessa ocasião o autor desse trabalho referia que pouco mais de dois terços foram achados de autopsia.

A apresentação de mais um caso a ser acrescido aos numerosos referidos desde aquela data não teria importância, não fora a verificação da não referência a esses tumores na bibliografia nacional, devendo constituir um de seus primeiros casos. Além disso, a nosso ver, outro ponto importante é chamar a atenção para esse encontro, que, como nos outros países, aqui também deve ser melhor pesquisado.

Os autores apresentam observação clínica documentada com radiografias, fotografias da peça e da lâmina. Houve diagnóstico pré-operatório do tumor esofágico, a cirurgia consistiu de enucleação conservadora e a evolução pós-operatória foi excelente.

Faringolaringectomia conservadora pela técnica de Justo Alonso (apresentação de um caso). Drs. Luiz de Góes Mascarenhas e M. Ivonete Dias de Abreu. — Os autores apresentam um caso de tumor da epiglote num paciente com 69 anos de idade, do sexo masculino, brasileiro. Os principais sintomas foram: dor à deglutição há 3 meses, acompanhada de sensação de corpo estranho na garganta; tosse com eliminação de sangue; emagrecimento, nesse período, de 6 kg. A laringoscopia indireta, notaram a presença de um volumoso tumor, de aspecto globoso, ocupando a porção livre da epiglote, sem se estender às estruturas vizinhas. Exame anátomo-patológico: carcinoma espinocelular. Baseados na localização tumoral e na ausência de gânglios clinicamente significativos, indicaram e realizaram a faringolaringectomia conservadora pela técnica de Justo Alonso.

Os autores apresentam os resultados imediatos, que consistiram numa perfeita deglutição dos alimentos, sem refluxo para as vias aéreas inferiores no 7.º dia depois da operação. Após o 26.º dia, foi feito fechamento do traqueostoma, apresentando o paciente boa fonação. Acompanhando os resultados imediatos apresentam radiografias do primeiro tempo da deglutição, em que se observa o perfeito funcionamento da laringe e faringe, com completa ausência da epiglote. O paciente está com 6 meses de operado, não havendo recidivas locais nem enfartamento ganglionar e apresentando boas condições fisiológicas e estéticas da região cervical.

Ressaltam a possibilidade do tratamento dos tumores benignos e malignos da laringe e faringe por técnicas conservadoras como radioterapia, ressecções por via endoscópica e cirurgia conservadora, quando esses tumores estejam afetos a regiões suscetíveis ao emprêgo de uma dessas

VITAMINA

AMPOLAS 100
mcg.

1000
mcg.

B₁₂

ANEMIAS
FALTA DE APETITE
ATRASO DO CRESCIMENTO
NEURALGIAS
NEURITES
RADICULITES



ENILA

LABORATÓRIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO

ASSOCIA OS EFEITOS

*da Reserpina e do Ácido barbitúrico
cuja ação se exerce sobre o fator neu-
rogênico da hipertensão, aos da Papa-
verina e da Aminofilina - antispas-
módicos das artérias coronárias e peri-
féricas. Faz baixar progressivamente a
pressão arterial; relaxa a tensão ner-
vosa e psicoemocional do paciente.*

HIPERTENSÃO ARTERIAL

•
SEDATIVO DAS
MANIFESTAÇÕES
NEUROPÓSICAS
DOS HIPERTENSOS

•
ESPASMOS DAS
ARTÉRIAS
CORONÁRIAS

FÓRMULA

Reserpina 0,10 mg
Aminofilina 0,15 g
Papaverina (Cloridrato) 0,05 g
Feniletilmaloniluréia .. 0,01 g
Excipiente q.s.p. 1 drágea

URILENE RESERPINA

2 a 4 DRÁGEAS
POR DIA



ANTI-HIPERTENSIVO • ANTISPASMÓDICO DAS CORONÁRIAS

LABORATÓRIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO

técnicas. Descrevem a técnica empregada, de Justo Alonso, com ligeira modificação do retalho de pele, obtido com a incisão em J.

Síndrome do cístico. *Dados estatísticos de 200 entubações duodenais.* Dr. Olavo Vianna. — Pode ser definido como síndrome do cístico, um conjunto de sintomas ocasionados por alterações funcionais ou orgânicas do canal cístico. Clinicamente, o paciente refere, com grande frequência, dores pós-prandiais, localizadas no epigástrico e no hipocôndrio direito, sensação de plenitude epigástrica, digestão difícil, náuseas, cefaléia e outros sintomas em geral desencadeados por alimentação gordurosa.

São referidos numerosos fatores causais da síndrome: alterações congênitas, processos inflamatórios, hipertrofia muscular do esfíncter de Lutkens, compressões extrínsecas, calcrose biliar, tumores das vias biliares, etc.

Qualquer distúrbio do canal cístico, secundariamente produz alterações funcionais da vesícula biliar; esta pode encontrar-se em hipertonía hipotonía ou atonia. São citados, além dos distúrbios cinéticos da vesícula biliar, como consequência da síndrome, alterações inflamatórias da vesícula biliar, produzidas por irritação química da mucosa, pela bile hiperconcentrada.

Pela entubação duodenal, a síndrome do cístico é caracterizada por dores localizadas no hipocôndrio direito e epigástrico, que aparecem ritmicamente com as interrupções do fluxo de bile vesicular. As dores podem também ser referidas no tempo de bile A, precedendo o esvaziamento da vesícula, ou então, na falta de resposta vesicular à excitação (exclusão funcional da vesícula biliar), nos tempos de biles B e C. A simples exclusão funcional da vesícula biliar já produz a síndrome do cístico.

Em seguida, são referidos 64 casos de síndrome do cístico nas 200 entu-

bações estudadas (grupo I), que apresentavam as típicas manifestações subjetivas. São referidos 29 pacientes (grupo II) com outros sintomas, que apareceram também durante o tempo vesicular, guardando relação com as interrupções do fluxo de bile vesicular.

Dos 64 pacientes do grupo I, 48 manifestaram dores no hipocôndrio direito, 31 apresentaram dores no epigástrico e numerosos deles referiram sintomas semelhantes aos manifestados pelos pacientes do grupo II: dores localizadas na côxa direita, dores na região lombar, cefaléia, dores localizadas no ombro direito e outros sintomas.

Em seguida, é apresentado um quadro estatístico do "tempo de Oddi fechado" encontrado nas 200 entubações e nos pacientes dos grupos I e II. A maior frequência de pacientes que referiram sintomas encontra-se entre aqueles em que o tempo de Oddi fechado era menos prolongado e normal.

Foram encontrados, nos pacientes dos grupos I e II, 7 casos de vesícula biliar excluída, 15 casos de vesículas hipercinéticas e 63 casos de hipotonía vesicular. Foram também realizadas entubações duodenais em 26 pacientes que já haviam sido colecistectomizados; 19 deles apresentaram-se assimtômicos durante a entubação.

Em seguida, é feita referência à patogenia das dores referidas, de origem visceral, não sendo encontrada explicação concreta para a referência de todos os sintomas apresentados pelos pacientes dos grupos I e II. O autor acredita, porém, baseado nos dados colhidos, que a origem das dores referidas pelos pacientes do grupo II, seja um distúrbio do canal cístico, mais pelo fato de que elas também apareceram nos pacientes do grupo I, simultaneamente com as dores que caracterizam a síndrome do cístico; e também, pela estreita relação de seu aparecimento com as intermitências do fluxo de bile vesicular em ambos os grupos.

progresso
na
medicação
hepática

PREVINE AS LESÕES DA CÉLULA HEPÁTICA

*por infiltração gordurosa
por substâncias tóxicas
por carência alimentar*

drágeas de

CHOLIMETIOL

com Vitamina **B₁₂**

CADA DRÁGEA CONTÉM

• **hepatoses**

• **cirroses
hepáticas**

• **hepatites**

Fatores Lipotrópicos

D-L Metionina 0,133 g

Citrato diácido de colina 0,133 g

Vitamina B₁₂ (cianocobalamina anidra) 3,3 mcg

Fator Antitóxico

Vitamina E (alfa-tocoferol)..... 0,001 g

Substâncias que corrigem a
tendência hemorrágica

Rutina 0,010 g

Menadione (Vitamina K)..... 0,00032g

2 DRÁGEAS 3 OU 4 VÊZES AO
DIA ÀS REFEIÇÕES



LABORATÓRIOS ENILA S. A.

RIACHUELO, 242 - FONE 32-0770 - RIO DE JANEIRO

Sessão em 28 de outubro de 1958

Icterícias do recém-nascido. Dr. Cesar Pernetta. — O autor aborda a questão do metabolismo da bilirrubina, detendo-se em cada uma das fases desse metabolismo, cujas perturbações dão lugar aos diferentes quadros ictericos da primeira fase da vida. Refere-se ao papel desempenhado pelo sistema enzimático intra-hepático, cuja imaturidade admite-se seja o principal responsável pela icterícia fisiológica do recém-nascido. Expôs a classificação das icterícias neonatais de Sidney Gellis, que distingue as icterícias precoces e as tardias. As formas precoces compreendem as fisiológicas e as patológicas, estas últimas subdividindo-se em icterícias

por infecções (septicemia, sífilis, toxoplasmose, doença de inclusão citomegálica), por intoxicações (vitamina K, sulfonamidas) e por eritroblastose fetal. As formas tardias abrangem a icterícia fisiológica prolongada, a icterícia obstrutiva prolongada (atresia das vias biliares, espessamento da bile, hepatite neonatal), a galactosemia, a icterícia hemolítica. Aborda os problemas do diagnóstico diferencial entre essas diferentes formas e do respectivo tratamento. O trabalho foi ilustrado pela projeção de diversas lâminas de cortes anátomo-patológicos de casos de icterícia do recém-nascido.

Sessão em 25 de novembro de 1958

Gastrectomia à Billroth I e à Billroth II no tratamento das úlceras gastroduodenais. Dr. R. Ferreira-Santos e C. F. Carril. — Apresenta-se a experiência do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP com o tratamento cirúrgico das úlceras gástricas e duodenais, no período de março de 1955 a setembro de 1958.

Numa série total de 84 casos, as úlceras tiveram localização gástrica em 30 (35,7%), duodenal em 48 (57,1%) e concomitantemente no estômago e no duodeno em 6 (7,2%). A média etária foi 40 anos, entre os extremos de 19 a 68 anos, tendo sido menor para os portadores de úlcera duodenal (36 anos) do que para os de úlcera gástrica (45 anos). A distribuição quanto ao sexo não diferiu da habitualmente observada, predominando o masculino na proporção de 4:1.

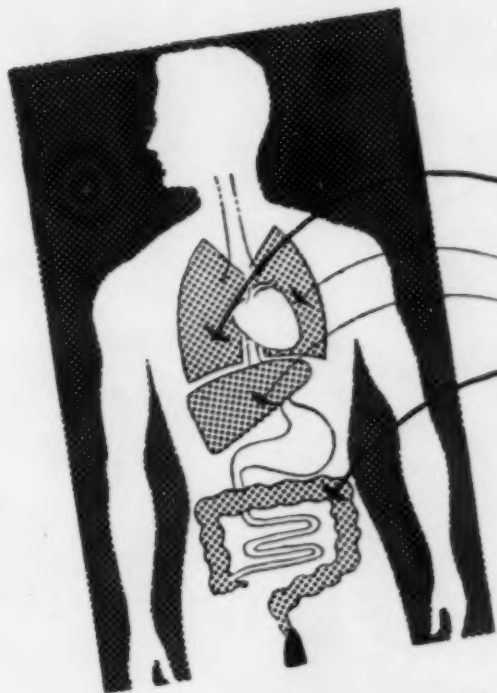
O tratamento cirúrgico consistiu em gastrectomia parcial distal, com reconstrução à Billroth II em 59 casos e à Billroth I em 24. Um paciente sofreu ressecção local da úlcera. A indicação do processo de Billroth II se fez preferentemente para as úlceras duodenais, operando-se 46 casos além de 4, que tinham úlcera gástrica e duodenal concomitantes. Nove pa-

cientes tinham úlcera gástrica. A operação tipo Billroth I indicou-se de início apenas para as úlceras gástricas (20 casos), atendendo-se à possibilidade de úlcera pós-operatória, já verificada por outros autores, quando o método foi usado no tratamento de úlceras duodenais. Entretanto, recentemente passamos a empregá-lo também para estas (2 casos, além de outros 2 com dupla úlcera, gástrica e duodenal).

O período pós-operatório não apresentou diferenças nos dois grupos, sendo igual a permanência hospitalar média (7 a 8 dias). Tampouco diferiu a incidência de complicações gerais, havendo porém, na série Billroth I, 2 casos de estenose de boca anastomótica, exigindo gastrojejunostomia complementar. Houve 2 casos de deiscência de sutura na série total, um para cada processo.

A mortalidade global foi de 4 casos (4,7%), sendo 1 (4,6%) para a reconstrução à Billroth I e 3 (5,1%) para a série à Billroth II. Dois óbitos foram causados por deiscência de sutura, um por hemorragia interna e um por colite necrosante por antibióticos de largo espectro.

Dos 80 sobreviventes compareceram ao seguimento 47 (58,7%), veri-



Na amebíase em todas as suas formas

RESOTREN

A combinação de:

• **RESOCHINA** (cloroquina)

• **YATREN**

ácido 7-iodo-8-oxiquinolina-5-sulfônico e

• **DI-iodo-oxiquinolina**

possue um superior efeito contra as manifestações intestinais e extra-intestinais da

ENTAMEBA - HISTOLÍTICA

A CHIMICA "Bayer" S.A.

Rio de Janeiro



ficando-se os seguintes dados de maior importância: a) de 13 pacientes seguidos, operados à Billroth I, nenhum apresentou síndrome pós-gastrectomia; b) apresentaram-na 10 (30%) dos 33 pacientes seguidos operados à Billroth II, sendo que, em 4, as sequelas têm gravidade; c) na série Billroth I, um único paciente perdeu

pêso (0,5 kg); na série Billroth II, 36% perderam peso (em média 3,0 kg).

Com base na atual experiência os autores julgam preferível a reconstrução gastroduodenal à Billroth I. Observarão no futuro se este processo acarreta maior incidência de úlcera pós-operatória.

Sessão em 26 de novembro de 1958

Neoplasias na infância. — Dr. Floriano Silveira. — O autor, após breve histórico do câncer, alerta os colegas, principalmente dos centros maiores, para onde convergem os casos, sobre o problema das neoplasias na infância, demonstrando que o problema existe neste período etário, pois as estatísticas estão a indicar, entre nós, uma incidência de 5% na infância, em relação aos adultos. Salienta a grande resposta aos agentes cancerígenos, dos tecidos jovens e demonstra que todos os tipos de neoplasia ocorrem na infância. Chama a atenção para a importância do diagnóstico precoce. Refere-se

à necessidade de disporem os grandes centros de um Serviço de oncologia pediátrica, onde, ao lado do cirurgião, do radioterapeuta, etc., deve figurar o pediatra, pois a criança nêle internada em geral não está doente só de câncer. Descreve as principais localizações e sintomas dos tumores nos órgãos e tecidos, na infância, referindo-se à terapêutica cirúrgica, à radioterapia, hormonioterapia, quimioterapia e aos isótopos. Salienta o interesse que vem assumindo a quimioterapia em face do prestígio cada vez maior da teoria virótica na etiologia do câncer.

Sociedade Médica São Lucas

Sessão de 17 de fevereiro de 1959

Presidente: *Dr. Adhemar Nobre*

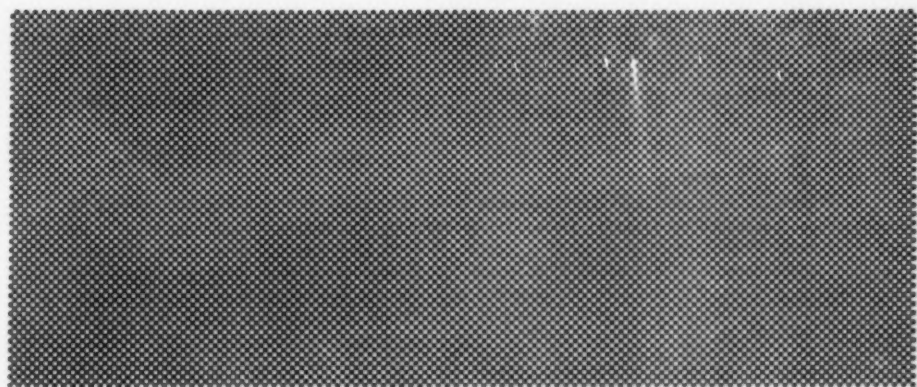
Chamas, Paulo G. Bressan e Ferdinando Costa.

Anestesia. — Inicialmente foi exibido um filme cedido pela Cia. Rhodia sobre preparo para anestesia, mostrando as indicações e vantagens da hibernação e da potencialização.

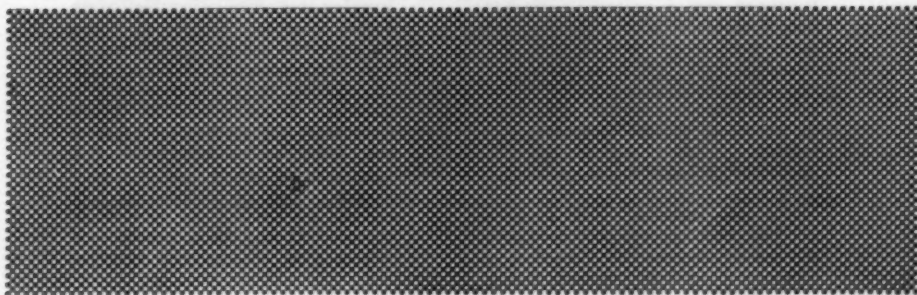
Câncer do duodeno. — A seguir o Dr. Moacyr Boscardin discorreu sobre o câncer do duodeno, examinando 9 casos registrados em 56.000 doentes fichados no Sanatório São Lucas. Mostrou a relativa raridade da afecção e discutiu a questão das neoplasias da ampola de Vater. Recordou o quadro clínico, mostrando as dificuldades do diagnóstico. Por fim apresentou um caso que teve a ocasião de operar no Sanatório São Lucas.

O trabalho foi discutido pelos Drs. Eurico Branco Ribeiro, Miguel

Nova Diretoria. — Em seguida procedeu-se à eleição para a nova Diretoria, tendo votado onze consócios. O resultado foi o seguinte: para presidente — Dr. Adalberto Leite Ferraz; Vice-presidente — Dr. Paulo G. Bressan; 1.º Secretário — Dr. Eurico Branco Ribeiro; 2.º Secretário — Dr. Nelson Campanile; 1.º tesoureiro — Dr. Luiz Branco Ribeiro; 2.º tesoureiro — Dr. Ferdinando Costa; Bibliotecário — Dr. João Noel von Sönnleithner; Conselho Consultivo: Prof. Carmo Lordy, Drs. Adhemar Nobre, Clodomiro Pereira da Silva, Ernesto Affonso de Carvalho e Cesário Tavares.



LABORATÓRIO **TORRES**



Sessão solene de 3 de março de 1959

Presidente: *Dr. Adhemar Nobre*

Posse da nova Diretoria 1959-1960. — A reunião foi aberta pelo dr. Ademar Nobre, que apresentou o relatório da presidência no exercício que se findou. Em seguida empossou a nova Diretoria eleita, passando a presidência ao dr. Adalberto Leite Ferraz. O novo presidente discursou, historiando a Sociedade Médica São Lucas referindo as atividades do Sanatório São Lucas. Depois apresentou, ao auditório que enchia plenamente o salão, a figura brilhante do prof. Homero Silveira, a quem passou a palavra para proferir uma conferência sobre Medicina e Literatura.

Medicina e Literatura (conferência) — Prof. Homero Silveira. O orador mostrou inicialmente que não há incompatibilidade entre as duas artes. Lembrou as grandes figuras da literatura e medicina nacionais —

Francisco de Castro, Aloísio de Castro, Afrânio Peixoto, Francisco Manoel de Macedo, Edgar Braga, Jamil Haddad, Octacílio Lopes, Fernando Magalhães e muitos outros, como o próprio diretor do Sanatório São Lucas. Citou depois os principais vultos da literatura mundial que eram médicos, ressaltando a figura ímpar de São Lucas. Depois citou autores leigos tratando de assuntos médicos. Leu poesias de Rodrigues de Abreu e Murilo Mendes, escritores tuberculosos. No teatro e no romance as doenças aparecem admiravelmente bem estudadas por escritores leigos. E alguns exploraram as próprias doenças, como Dostoiewsky e outros. Marcel Proust, asmático, era de sensibilidade extrema e explorou o cume nos seus escritos. O orador foi alvo de uma salva de palmas.

Sessão de 10 de março de 1959

Presidente: *Dr. Adalberto Leite Ferraz*

Medicina e aviação. — Inicialmente o dr. Alfredo Rocco leu um trabalho sobre a medicina da aviação, mostrando as suas características diante das condições especiais em que trabalham os aeronavegantes, abrindo assim a série de trabalhos sobre a medicina da Aviação.

Efeitos do voo no organismo. — Seguiu-se com a palavra o dr. Clemente de Lolo Filho, que, em seu nome e no do dr. José Gonzaga Ferreira discorreu sobre os efeitos do voo sobre o organismo humano, detendo-se particularmente nos efeitos da queda da pressão barométrica na altitude. Falou depois sobre os meios de proteção dos aeronautas.

Mal das altitudes. — A seguir o dr. José Gonzaga Ferreira de Carvalho tratou do mal das altitudes. A hipoxia é capaz de conduzir à mor-

te, se os meios de proteção não forem utilizados adequadamente. Descreveu o mecanismo hormonal na prevenção da falência orgânica, capaz de produzir a defesa até certo ponto. As manifestações clínicas foram aminoradas. As alterações cardiovasculares, respiratórias e do metabolismo foram apontadas e discutidas.

Problemas otorrinolaringológicos em aviação. — O Dr. Adelman de Sousa Leão discorreu sobre os problemas de oto-rino-laringologia na aviação. As otobaropatias foram apresentadas e discutidas. O mecanismo da ruptura do tímpano foi explicado. Falou a seguir sobre as rinobaropatias. A surdez relativa ocorre em alta percentagem entre os aeronautas. O problema do ruído e da vibração é complexo. O mal dos aviadores — a vertigem e os vômitos tem variadas causas.

DISPONÍVEL AGORA! MISTECLIN-V

Complexo de fosfato de tetraciclina Squibb e nistatina (Micotatin)

O novo
complexo de fosfato
de tetraciclina

...para a obtenção
de níveis iniciais
de tetraciclina
no sangue
mais rápidos
e elevados

Com
proteção adicional
contra a infecção
secundária por
monilia



SQUIBB

UM SÉCULO DE EXPERIÊNCIA INSPIRA CONFIANÇA

MISTECLIN-V

Cada cápsula de Misteclin-V
contém complexo de fosfato
de tetraciclina equivalente a
250 mg. de cloridrato de te-
traciclina e 250.000 unida-
des de Micotatin.

Frascos de 12 e 100 cápsulas

Índices visuais na aviação. — A seguir o dr. Alfredo Rocco falou sobre os índices visuais na aviação, salientando a importância, de o oftalmologista participar da perícia médica do aviador, a fim de julgar a sua aceitação conforme a função que vai exercer.

Psiquiatria e atividade aérea. — Dr. Horácio N. Belfort Matos. O A. discorreu sobre os cuidados a serem

recomendados no exame mental dos aeronautas, inclusive uma observação mais prolongada e a aplicação de vários testes especializados.

O dr. Antônio de Castro Fleury fez comentários sobre o julgamento dos candidatos a aeronautas, mediante rigoroso exame da saúde.

Antes da reunião foi exibido um filme sobre Parkinsonismo, gentileza da Rhodia Brasileira.

Sessão de 24 de março de 1959

Presidente: *Dr. Adalberto Leite Ferraz*

Cirurgia cardíaca a céu aberto. — O presidente exaltou a presença do dr. Hugo Felipozzi e seus colaboradores, por trazerem à sessão o resultado de seus trabalhos na Fundação Sabato D'Angelo, organizando um simpósio sobre o estado atual da cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea. O primeiro a falar foi o dr. Adaauto Barbosa Lima, que discorreu sobre: Indicações da cirurgia com emprêgo do coração-pulmão artificial. Os aspectos metabólicos da cirurgia cardíaca com emprêgo do coração-pulmão artificial foram explanados pelo dr. Sérgio Paladino. Em seguida o dr. Pedro Gereto cuidou da Anestesia na cirurgia com circulação extra-

corpórea. O Funcionamento do coração-pulmão artificial foi exposto pelo dr. José dos Santos Perfeito. O dr. Hugo Felipozzi discorreu sobre a Cirurgia do coração e grandes vasos com manutenção da circulação extracorpórea. Por fim a dr.^a Maria Vitória Martin cuidou dos resultados da cirurgia com emprêgo do coração-pulmão artificial. O dr. Moacyr Boscardin fez comentários sobre o assunto e expôs a sua experiência pessoal em cirurgia cardíaca. O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se ao alto nível da cirurgia cardíaca em nosso meio. O dr. Hugo Felipozzi falou ainda sobre particularidades da cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea.

Sessão de 14 de abril de 1959

Presidente: *Dr. Adalberto Leite Ferraz*

Abdome agudo. — Prof. José Ramos Júnior. O orador discorreu sobre os aspectos clínicos do abdome agudo, alongando-se em considerações propedêuticas e diagnósticas. A seguir o Prof. Eugênio Mauro falou sobre o tratamento do abdome agudo. O dr.

Feres Secaf expôs documentadamente a contribuição que a radiologia pode dar ao esclarecimento do abdome agudo. Fizeram comentários os Drs. João Noel von Sonnleithner e Eurico Branco Ribeiro.

Sessão de 28 de abril de 1959

Presidente: *Dr. Adalberto Leite Ferraz*

Filme sobre Varicocele. — O dr. Eurico Branco Ribeiro salientou a gentileza do dr. Diamant Berger, de Paris, que enviou o filme sobre varicocele, para ser exibido na Sociedade Médica São Lucas.

Comas. — A seguir o Dr. Octávio Lemmi discorreu sobre os comas do ponto de vista neurológico. Descreveu o mecanismo das alterações do tratamento. A seguir o dr. Antônio José Gebara, discorreu sobre



EMULVIT*

EMULSÃO DE VITAMINAS

Frasco com 200 cm³

Cada colher-medida (5 cm³) contém:

vitamina A 4.000 U. I.; vitamina D 400 U. I.;

vitamina B₁ 4 mg; vitamina B₂ 1,5 mg;

vitamina B₆ 0,6 mg; vitamina B₁₂ 0,5 mcg;

vitamina C 25 mg;

pantenol 0,2 mg; niacinamida 10 mg.



Instituto Pinheiros, Produtos Terapêuticos S. A.

* mediante concessão de Collett & Co. A/S., Noruega.

o coma diabético e sobre o tratamento dos vários comas. O dr. Luís Caetano falou sobre o coma hepático, apresentando numerosos diagnósticos. O dr. Fernando Freire comentou as exposições feitas, enaltecendo o seu valor e interesse e alongando-se em considerações sobre teorias a respeito dos comas com as devidas consequências terapêuticas. O dr. Octávio Lem-

mi referiu-se à Hialozyma, que favorece a reabsorção do edema cerebral se empregada por via raqueana. O dr. Gebara falou sobre a Hialozyma em cardiologia. O dr. Luís Caetano da Silva discutiu a questão da acidose nos comas. O presidente exaltou o valor das exposições feitas e a presença do dr. Pedro Monteleone, que fez parte da mesa.

Sessão de 5 de maio de 1959

Presidente: *Dr. Adalberto Leite Ferraz*

Tromboelastografia. — Na ordem do dia o dr. Dionysio Klobusitzky falou sobre Tromboelastografia e seu aproveitamento no diagnóstico diferencial das diáteses hemorrágicas. Depois de ter dado descrição do tromboelastógrafo de Hartert, entrou o orador na análise dos tromboelastogramas por ele obtidos, comparando-os com o normal, assim dividido: a) registro do tempo de enchimento; b) tempo de reação; c) tempo tromboplástico relativo; d) valor da elasticidade da fibrina; e) velocidade absoluta da formação do trombo; f) relaxamento do trombo. Depois relatou os trabalhos de Hartert, von Kaulla e Runge e referiu a relação entre o fenômeno da retração (relaxamento) do coágulo e as qualidades das plaquetas, assim como a sua utilidade na profilaxia das trombozes posoperatórias. Acentuou o valor como meio de diagnóstico diferencial nas diáteses hemorrágicas. Esse valor vem do fato que todas as formas vasculares das púrpuras fornecem tromboelastogramas normais enquanto que as púrpuras trombopênicas ou trombohepáticas apresentam alterações nas qualidades mecânicas do coágulo. Em casos especiais — na diferenciação entre trombopenia essencial e trombastenia essencial e trombastenia hemorrágica hereditária — é necessário completar a tromboelastografia com a contagem das plaquetas.

Cirurgia ginecológica conservadora. — dr. João Loures. O orador falou a seguir sobre cirurgia ginecológica conservadora. A propósito de um

caso do serviço do dr. Waldemar Machado, o orador discorreu sobre a cirurgia das trompas citando vários processos cirúrgicos. Sobre a conceituação de cirurgia conservadora falou o dr. Eurico Branco Ribeiro. Cirurgia reparadora seria a da desobstrução tubária visando o restabelecimento da função. O dr. Waldemar Machado referiu-se ao caso aludido pelo dr. João Loures.

Gravidez abdominal. — Dr. Juan E. Ibárcena, do Peru. O orador apresentou um caso de prenhez abdominal que tivera a ocasião de operar nos seus primeiros tempos de clínica; referiu, também, um caso semelhante que teve a oportunidade de acompanhar em Chicago.

O dr. Geraldo Vicente de Azevedo citou um caso pessoal de gravidez abdominal com sobrevivência da mãe da criança. Citou um caso do dr. Vieira Marcondes, diagnosticado em 1905. O dr. Ibárcena ainda voltou a falar sobre a conduta cirúrgica aconselhável em tais casos.

O modernismo de Hipócrates. — Por fim, o dr. Cesário Tavares referiu-se a vários trechos dos livros de Hipócrates salientando a atualidade dos conceitos emitidos, naquela época tão distante, demonstrando a genial intuição do autor. Ao tratar do prognóstico, descreve o coma.

O dr. Adalberto Leite Ferraz fez considerações sobre a evolução da medicina, acentuando os cuidados com que eram observados os doentes.

AMPLICTIL

4560 RP

CLÍNICA GERAL

Náuseas, vômitos, soluços, insônias, asma. Distonias neurovegetativas diversas: distúrbios hepatovesiculares, colites espasmódicas, cardiespasmos, perturbações de origem tireoideana. Síndromes graves das doenças infecciosas. Algias rebeldes: dores cancerosas, reumáticas, zosterianas, pós-operatórias e outras. Pruridos de origem interna: diabetes, icterícia, intolerâncias alimentares - Eczemas pruriginosos.



APRESENTAÇÕES

AMPLICTIL

Frascos de 30 e de 250 comprimidos a 25 mg
Caixas de 5 e de 25 ampolas de 5 cm³ a 25 mg,
para uso intramuscular ou intravenoso

AMPLICTIL-GOTAS

Frasco de 10 cm³ de solução a 4%.
Cada gota corresponde a 1 mg de base ativa.



A clorpromazina - descoberta original de Rhône-Paulenc-Spécia - é apresentada em vários países sob marcas registradas diferentes, a saber:

AMPLIACIL,	na Argentina
AMPLICTIL,	no Brasil
HEBANIL,	na Noruega
HIBERNAL,	na Suécia
LARGACTIL,	na França
MEGAPHEN,	na Alemanha
THORAZINE,	nos Estados Unidos da América
WINTERMIN,	no Japão

RHODIA

Caixa Postal 8095
São Paulo, SP



A marca de confiança

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental. — Vol. XXI, n.º 3-6, Estado atual do conhecimento das anastomoses artério-venosas — Drs. Waldomiro de Paula, Saturnino Cintra Franco e Ddo. Hans Wolfgang Halbe; Vólvo do colo direito (vólvo do cego) — Drs. William Saad Hossne e Oswaldo Mesa Campos; Aspectos gerais da anestesia para laminectomia — Dr. Edmundo Juarez; Considerações sobre o emprego de um extrato de tecidos em geriatria — Dr. José Ricardo Alves Guimarães.

Arquivos de Neuro-Psiquiatria, Vol. 17, n.º 2, junho de 1959. Notas biográficas do Prof. Karl Kleist — José Longman; Caracterização da patologia cerebral, da psicopatologia e da herodologia psiquiátrica na doutrina de Kleist — Aníbal Silveira; Esquizofrenia e psicoses degenerativas de Kleist: patogenia e psicopatologia diferenciais — Aníbal Silveira; Desordens paralógicas e alógicas à luz da patologia cerebral — Isaias H. Melsohn; Psicoses degenerativas: Psicofrenias de Kleist — Roberto Tomchinsky; Afasia amnésica. Considerações a propósito de um caso — Spartaco Vizzotto, Afonso Sette Júnior, Nelma Valdrighi, Stanislaw Krinsky, Roberto Tomchinsky e Walter Edgard Maffei; Subcorticotomia do lobo orbitário e distúrbios instintivos — Spartaco Vizzotto, Isaias Melsohn, Afonso Sette Júnior, Aloysio Mattos Pimenta, Paulo Mangabeira Albernaz Filho, Roberto Tomchinsky e Luiz J. A. Foire; Esquiosofasia — Spartaco Vizzotto e Isaias Melsohn; Participação do cerebelo na patologia do câncer — Noemio Weniger.

Revista do Hospital das Clínicas. — Vol. XIV, n.º 2, março-abril de 1959. Metrorragias da puberdade: aplicação do "índice megacariocitário" ao seu estudo — Prof. José B. Medina; Amiloidose primária: aspectos hematológicos; Drs. Michel Jamra, Rosemarie B. M. Laurenti, Terezinha Verrastro, Thales de Brito, J. Lopes de Faria e Hene Monsur Sadek; Atividade anti-vaso do soro normal e do soro patológico de hemopatias diversas e de outras condições. — Drs. Antônio Pádua Borges Therezinha Verrastro e Michel Jamra; Reações líquóricas secundárias à terapêutica intratecal por glicocorticóides — Drs. Spina-França e J. M. Taques Bittencourt; Estudo imunoelétrorético do soro sanguíneo na cirrose hepática: considerações sobre a "fração H" — Drs. L. R. Trabulsi, Luiz Caetano da Silva, Hernan Espejo e José Fernandes Pontes; Enxerto de esôfago: estudo experimental — Drs. L. R. Trabulsi, Luiz Caetano da Silva, Herman Espejo e José Fernandes Pontes; Enxerto de esôfago: estudo experimental — Drs. Romeu Cianciarulo, Akira Nakadaira e Thales de Brito; Pós operatório imediato, — Dr. Romeu Cianciarulo.

Revista do Hospital das Clínicas, (Suplemento). Vol. XIV, n.º 2, 1959. Registro de casos; Questões terapêuticas — Terapêutica da estenose hipertrofica do piloro do recém-nascido — Dr. Primo Curti; Questionário — Dr. Roberto Farina; Atualizações — Simpósio sobre cardiopatias congênitas — Coartação da aorta — Quadro Clínico — Prof. L. V. Decourt.



BAXTER

V-14

Novo

**equipamento
para administração
parenteral**

— máxima garantia de qualidade !

Para ser usado uma única vez, o Equipamento para Administração Parenteral Baxter V14 é absolutamente:

- ★ Higiênico
- ★ Inviolável
- ★ Estéril
- ★ Apirogênico
- ★ Econômico

Não permita reações pirogênicas em seus pacientes. Use exclusivamente os Equipamentos Baxter V14 - absoluta proteção contra qualquer contato com o meio externo.

Para administração de sangue, use o Equipamento Baxter V18 - o mesmo equipamento com filtro de nylon.

Fabricado no Brasil por:

INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.

Matriz: Rio de Janeiro - Rua Real Grandeza, 293 - Telef.: 46-8050 - - Cx. Postal 3.705 - End. Teleg.: "Picol",
Laboratórios: Duque de Caxias (RJ) — Rua Campos, 543

Filial: São Paulo - Rua Ruy Barbosa, 168 - 170 - Telef.: 32-9526 - Endergo Telegráfico: "Baxter"

CONGRESSOS MÉDICOS

II Congresso Sul-Rio-Grandense de Higiene

Sua realização em **Pôrto Alegre** (R. G. do Sul) — A Sociedade de Higiene vai realizar em Pôrto Alegre, de 20 a 26 de setembro próximo, o 2.º Congresso Sul-Rio-Grandense de Higiene tendo a colaboração da Secretaria de Saúde, do Serviço Especial de Saúde Pública — programa do Rio Grande do Sul — da Delegacia Federal de Saúde da 7.ª Região, do Departamento Nacional de Endemias Rurais — circunscrição do Rio Grande do Sul — da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre — de Laboratórios e firmas de produtos médicos e farmacêuticos.

De vários Estados têm chegado inscrições de trabalhos: Minas Gerais, São Paulo, Espírito Santo, Distrito Federal, Niterói e Recife.

Sendo rio-grandense o Congresso, naturalmente maior é sua repercussão entre médicos, engenheiros e outros técnicos de saúde pública que trabalham neste Estado. Assunto de alto interesse para a Coletividade rio-grandense vão ser debatidos nesse congresso. Com esse sentido, os químicos gaúchos Waldemar Cantergi e Ely Behar apresentarão os seguintes trabalhos: "Contribuição para a classificação das águas superficiais do Estado do Rio Grande do Sul, em função do grau de poluição" e outro intitulado: "Estudo da Contaminação de poços superficiais utilizados no abastecimento de habitações isoladas".

Técnico da Escola de Farmácia da Universidade de Recife vem colaborar

no estudo dos aspectos atuais da luta anti-tuberculosa.

No 2.º Congresso Sul-Rio-grandense de Higiene vão ser debatidos os seguintes assuntos:

Tema I — Aspectos atuais de luta contra a tuberculose.

Tema II — Novos rumos de campanha contra a hansenose.

Tema III — Saneamento do meio.

- a) Problemas de habitação e Saúde.
- b) Abastecimento d'água: em comunidades grandes, médias pequenas e habitações isoladas.
- c) Afastamento de destino final conveniente dos dejetos humanos e das águas servidas doméstica e industriais; em comunidades grandes, médias, pequenas e habitações isoladas.
- d) Atividades de saneamento das Unidades Sanitárias.

Tema IV — A Educação Sanitária nos programas de Saúde Pública.

Tema V — Atribuições e interrelações do Serviço de Enfermagem e do Serviço Social, e destes com o Serviço Médico, em Saúde Pública.

Tema VI — Temas livres.

A Secretaria Geral do Congresso, a cargo do dr. Heitor Silveira, está localizada na Av. Jerônimo de Ornelas, 135, apt. 21 naquela Capital.

PHILERGON - Fortifica de fato

Uma colherada às refeições



DOUTOR,

Receite hoje o antibiótico de amanhã

PEN-VE-ORAL

Comprimidos de Fenoximetil Penicilina (Penicilina V, cristalina)

A Penicilina V (Fenoximetil penicilina) é uma penicilina nova, absolutamente estável em meio ácido e rapidamente solúvel em meio alcalino. Por isso não é destruída no estômago e é rapidamente absorvida no duodeno. Clinicamente produz níveis sanguíneos mais elevados do que qualquer outra penicilina oral.



Indústrias Farmacêuticas

Fontoura-Wyeth S.A.

"Pioneira do Progresso em Antibióticos no Brasil"

Nos Estados Unidos: Wyeth Laboratories Inc. — Philadelphia
No Brasil: Ind. Farm. Fontoura-Wyeth S. A. — São Paulo

IV Congresso Nacional da Secção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões

Conclusões do certame: Realizou-se de 1 a 6 de outubro de 1958, em Salvador, Bahia, o IV Congresso Nacional da Secção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões, cujas conclusões, em resumo, foram as seguintes:

1.º tema — O médico em face da estatização da medicina: a) Os direitos, garantias e remuneração do médico não têm sido atendidos pela legislação que atualmente regula a estatização da medicina, daí resultando a progressiva proletarização da classe e entraves para seu aperfeiçoamento cultural e desenvolvimento técnico-profissional; b) O Poder Público deve retomar, de imediato, o estudo da questão, com a indispensável participação do médico, de modo a serem preservados aqueles direitos e satisfeitas as justas aspirações da classe; c) A Associação Médica Brasileira, como órgão representativo da classe, é a indicada para, com o poder público, obter a correção das atuais diretrizes da estatização da Medicina e fixação dos direitos e deveres do médico. Do 2.º tema — Ci-

rurgia da hipertensão porta — acharam o relator e os correlatores que: torna-se necessário adotar um critério bem orientado na distinção entre os casos de cirrose e os de lesão hepática conseqüente à esquistossomíase mansoni, uma vez que esta última oferece melhor prognóstico, face às diversas técnicas cirúrgicas empregadas, sendo estas especificadas de acordo com os diversos tipos de lesão apresentados e as condições dos pacientes. Quanto ao 3.º tema — normas para avaliação da mortalidade em cirurgia — foi recomendada a seguinte classificação: a) mortalidade operatória (verificada em decorrência do ato cirúrgico, na sala de operações); ab) mortalidade anestésica (decorrente do processo de anestesia, no decurso do ato cirúrgico ou após o mesmo); c) mortalidade pós-operatória (decorrente do ato cirúrgico e verificada no prazo de 21 dias); d) mortalidade por outras causas (decorrente de qualquer causa prévia, intercorrente ou subseqüente e independente do ato cirúrgico); e) mortalidade por causa não definida (não classificada nos itens anteriores).

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Luta contra a velhice

Progressos científicos. — Dr. Dutra de Oliveira, da Academia Nacional de Medicina). — Vivemos o período da novocaína, tida e havida como restauradora. E, na ânsia da saudosa juventude, muita gente há que se apega ao medicamento suposto maravilhosos, sem medir conseqüências. A humanidade mudou muito. Ninguém se adapta às condições naturais que orientam a vida, surgindo o conceito de se aproveitar o máximo, lançando-se mão do artificialismo. Esta atitude levou as senhoras ao uso imoderado do uísque e do fumo, sem me-

dir as resultantes, como se pressentissem a vinda próxima da novocaína. Seria de se perguntar se não seria melhor fazer a profilaxia ao invés da medicina.

Dentre os males que afligem a humanidade destaca-se o enfarte do miocárdio, muito ligado à arteriosclerose. Neste particular a importância da dietética é grande. A incidência do enfarte é maior entre os 50-60 anos, sendo mais freqüente entre os homens e entre os fumantes. Observações levadas a efeito, em famílias, onde se operam casamentos por casta, eviden-

Para tôdas as dores
espasmódicas



BARALGIN®

Novalgina 4 cloridrato de p-piperidinoetil-a-carbonato-
benzofenona + brometo de difenil-piperidina etil-oxetanóide.

Isento de alcalóides

Ação eficaz

Bom tolerância

Cólicas hepáticas e renais

Tenozmos vesicais

Espasmos gástricos e intestinais

Dismenorréia espasmódica

Comprimidos

Ampolas



FARBWERKE HOECHST AG

vormals Meister, Lucius & Brüning

FRANKFURT (M) - HOECHST

(Alemanha)

Representantes

HOECHST DO BRASIL Química e Farmacêutica S.A. - Rio de Janeiro, C.P. 1529

® Marca registrada

ciam a importância de fatores genéticos como dominantes na incidência do mal, tal qual parece acontecer nos casos de certos tumores. Outra circunstância curiosa é referente aos indivíduos magros e gordos, sendo estes mais susceptíveis. A importância das gorduras nas dietas mereceu atenção dos observadores, bem como a dos vegetarianos. Observações registradas na Finlândia evidenciam o comportamento diferente para os seus habitantes, segundo as regiões em que residem; questão de hábitos de alimentação?? Nesse país o uso dos gordurosos é grande e as estatísticas mostram maior incidência das doenças cardiovasculares na zona Este, onde o nível do colesterol sanguíneo é maior. Também certificou-se maior consumo nestas regiões de pão, leite, manteiga, peixes, ao passo que na Leste consome-se margarina e ovos. O tipo dessas dietas, pobres em iodo, causaria certo hipotireoidismo, condição que geraria alta do colesterol e estados coronarianos. Tudo significa a relevância dos fatores alimentares ao lado da nefasta influência do uísque e do cigarro. O fato da mortalidade por doenças coronarianas ser mais alta na Finlândia do que em qualquer outra nação, país onde o consumo de gorduras é grande, pode emprestar certo valor ou certa relação entre sua dieta e a afecção.

O progresso das investigações científicas é grande e o médico clínico dispõe de meios adequados para ori-

entar seus clientes; infelizmente só o fará cercado pelos métodos laboratoriais, fora do alcance da maioria dos clientes. Diante desta situação, não podendo ficar inativo, deverá andar às apalpadelas. Desde que haja a possibilidade de casos de hepatismo, conseqüente a uma possível falta de ação lipotrópica, deverá fornecer ao organismo elementos do complexo B, particularmente B-12, cuja ação é notável na proteção do fígado e na formação de substâncias essenciais à defesa de suas células.

Infelizmente muitas dessas conseqüências derivam da inadvertência dos regimes alimentares e do pouco critério na escolha dos alimentos, cuja composição desconhecemos ou para a qual não prestamos a devida atenção. São coisas de nonada, mas que acarretam conseqüências desagradáveis e muitas vezes irremediáveis.

Em um país de clima quente, de regimes desequilibrados em proteínas, não pode imperar o reinado das gorduras, das feijoadas completas. Da mesma maneira necessitamos incutir no espírito de nossa gente a restrição ao abuso dos pratos gordurosos. Incutir no espírito de todos as vantagens de certas gorduras sobre outras, segundo sua composição. A manteiga, no exemplo é útil, mas nem sempre tão útil como o óleo de soja, de milho, na culinária das frituras.

(Transcrito de "A Gazeta" de 17/6/1959).

CETAVLON

— CONCENTRADO —

Na LIMPEZA

ESTERILIZAÇÃO

CONSERVAÇÃO ESTÉRIL

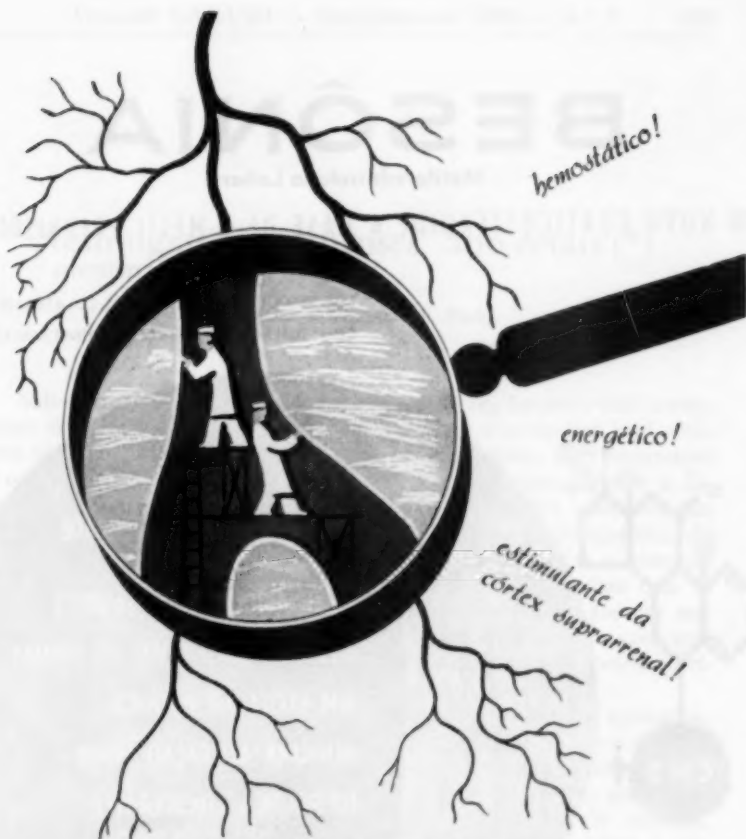
dos instrumentos (metal, borracha, matéria plástica)



CIA. IMPERIAL DE INDÚSTRIAS QUÍMICAS DO BRASIL

SÃO PAULO: Caixa Postal, 6.980 — Telefone 37-6296

RIO DE JANEIRO: Caixa Postal, 953 — Telefone 52-2587



PERMIPLAS

Substituto do plasma sanguíneo
Normalizador da permeabilidade capilar

Mono-semicarbazona do adrenocromo (MSA) em solução isotônica de sais minerais, com pH=7

**Choques hemorrágico e não hemorrágico (traumático, tóxico,
cirúrgico e decorrente de queimaduras).
Prevenção e tratamento de hemorragias operatórias.**

Frasco com 500 ml

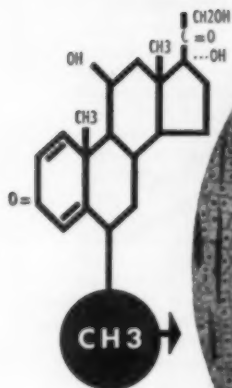
LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS VICENTE AMATO-USAFARMA S/A. — S. PAULO

BESÔNIA

Metilprednisolona Labor

UM NOVO CORTICOSTERÓIDE A BASE DE 6-METIL-PREDNISOLONA

COM DESTACADAS CARACTERÍSTICAS
SEM PREOCUPAÇÃO DE EFEITOS COLATERAIS
COM SUPERIOR ATIVIDADE ANTIINFLAMATÓRIA.



MAIOR E SUPERIOR ATIVIDADE
ANTIINFLAMATÓRIA

MELHOR TOLERÂNCIA GÁSTRICA
AUSÊNCIA QUASE TOTAL DE EDEMAS
SEM EXCITAÇÃO PSÍQUICA
NENHUMA ALTERAÇÃO HIDRO-
ELETROLÍTICA CONSIDERÁVEL

NÃO RETEM SÓDIO
EVITA DEPLEÇÃO DE POTÁSSIO
NÃO ALTERA O
METABOLISMO DA ÁGUA

APRESENTAÇÃO - Tubos c/ 10 e 20 comprimidos

FÓRMULA - Cada comp. contém:
6-metil-prednisolona 4 mg



LABORTERAPICA-BRISTOL S. A.

IND. QUIM. E FARM. - R. CARLOS GOMES, 924 - STO. AMARO - S. PAULO

Neuralgias e neuroses ano-retais (*)

Dr. RAUL RIBEIRO DA SILVA

Sob os nomes de neuralgias e neuroses da região ano-retal, entendemos dores, parestesias, impressões sensoriais e sensações mal definidas aí observadas, as quais, firmada aqui a premissa, não dependem de qualquer lesão local. Sintomas dolorosos do ânus ligados a fissuras, criptites, papilites, trombos, abscessos, ulcerações orificiais, são capítulos à parte, onde a dor é sintoma elementar, obrigatório, de causa evidente num primeiro exame. Mas essas neuralgias e neuroses são síndromes outras, desacompanhadas de lesões aparentes que as justifiquem, por vêzes de fundo apenas neuro-psíquico. Devem merecer especial atenção do proctologista, seja pela freqüência com que se lhe apresentam, pelo obscuro de sua patogenia, seja pelos sofrimentos que acarretam e por sua rebeldia ao tratamento.

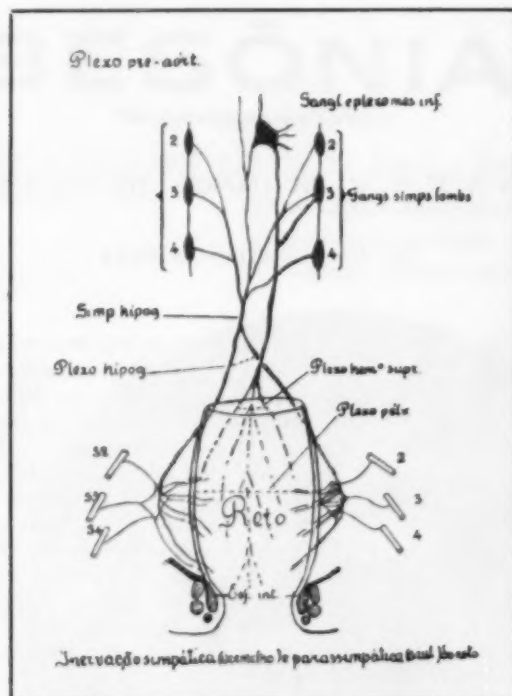
Dados estatísticos do nosso serviço particular, agora apurados, mostram em 4.774 fichas proctológicas completas, 263 casos dessa espécie mórbida, que figura em quinto lugar na ordem de freqüência, depois de hemorroidas, prurido, fistulas e fissuras. Neste acervo de observações e que fomos aos poucos nos inteirando do assunto, mal ajudado dos ensinamentos, estranhamente escassos, que a respeito se encontram nas publicações especializadas. Assim é que há lugar para outro importante capítulo da proctologia, o qual precisa ser estudado e divulgado.

Antes de passar à descrição dessas formas sindrômicas, necessário é fazermos uma revisão detalhada do suprimento nervoso da região ano-retal, regiões vizinhas e órgãos pélvicos. É inervação complexa, como veremos, o que explica a grande sensibilidade local, acrescida do componente sensorial das papilas retais, bem como os fenômenos de propagação e reflexão nervosas que aí ocorrem.

INERVAÇÃO DO RETO

A inervação do reto e da parte superior (mucosa) do canal anal é de ordem simpática e parassimpática (Fig. 1).

(*) Trabalho distinguido com o Prêmio "Luis Sodré", conferido pelo Departamento de Clínica Proctológica da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, apresentado a Sociedade Médica São Lucas em 14-7-1959. Reproduzido de o "Brasil Médico" de janeiro de 1959.

Fig. 1 — Reprod. de GABRIEL¹ (modif.)

A inervação simpática é assim constituída:

- a) fibras providas do plexo mesentérico inferior, as quais descem com a artéria hemorroidária superior, expandem-se pelas faces laterais e posterior do reto, onde formam o plexo hemorroidário superior;
- b) nervo simpático hipogástrico, formado de raízes originadas do plexo pré-aórtico e do 2.º 3.º e 4.º gânglios lombares; desce com a artéria sacra média, ao atingir a altura do osso sacro sofre uma primeira divisão, formando o plexo hipogástrico; este continua para baixo, para a esquerda, a direita e para a frente, passa sob o assoalho pélvico, desdobra-se num emaranhado de fibras que, fundidas com as do plexo hemorroidário superior, vão constituir o denso e grande plexo pélvico, que inerva a próstata, base da bexiga e parte superior do canal anal.

A inervação simpática tem função inibidora do reto e motora do esfíncter interno.

A *inervação parassimpática* (fibras esplâncnicas, eferentes) é feita por fibras que se destacam do 2.º, 3.º e 4.º nervos sacros; juntam-se às fibras do plexo pélvico e se distribuem no reto.

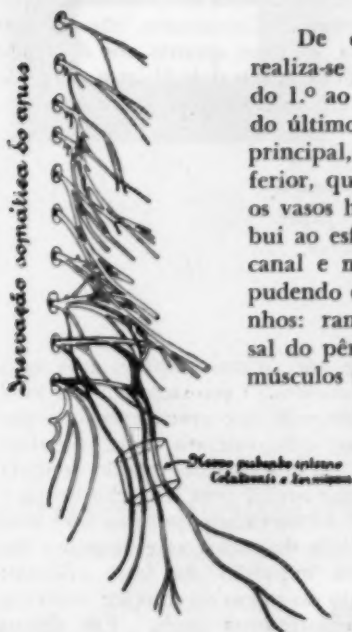
Função motora do reto e inibidora do esfinter interno.

É oportuno lembrar a ação destes dois impulsos nervosos contrários no mecanismo terminal da evacuação, isto é, o ato de repleção da ampola retal (atuação simpática) e a expulsão do conteúdo fecal (atuação parassimpática), isso além de eventual influência voluntária (atuação cérebro-espinhal). Quando ocorre distonia nessa conjugação nervosa, dá-se uma disquesia evacuadora terminal, que teremos ocasião de referir.

Cabe ainda citar as duas rédes nervosas intramurais do reto ligadas ao sistema autônomo: a rede intermuscular de Auerbach e a rede submucosa de Meissner.

Essa inervação simpática e parassimpática comum ao reto, bexiga e próstata explica a repercussão sintomática nestes órgãos de lesão localizada num deles.

INERVAÇÃO DO CANAL ANAL E ÂNUS



De ordem cérebro-espinhal (Fig. 2), realiza-se pelo nervo pudendo interno (raízes do 1.º ao 4.º nervos sacros, por vezes também do último lombar), ou melhor, por seu ramo principal, o nervo anal ou hemorroidário inferior, que atravessa a fossa ísquio-retal com os vasos hemorroidários inferiores e se distribui ao esfínter externo, segmento inferior do canal e margens anais. Colaterais do nervo pudendo dirigem-se para regiões e órgãos vizinhos: ramos escrotaís, inferior do pênis, dorsal do pênis, musculares do períneo (para os músculos transverso, ísquio-cavernoso e bulbocavernoso), ramos para a uretra, esfínter vesical, clitoris, vagina e elevador do ânus. Por fim, importantes a considerar, seus filetes viscerais, que se anastomosam com o plexo pélvico.

Resta referir, à parte do nervo pudendo interno, as raízes coccigianas, que inervam a rafe posterior.

Fig. 2 — Reprod. de Bacon³ (modif.)

Como via de regra, as últimas raízes do plexo lombar se anastomosam com as primeiras do plexo sacro, assim se acham ligados os territórios nervosos de ambos os plexos.

A inter-relação estudada das inervações simpática, parassimpática e cérebro-espinhal explica os fenômenos de propagação dolorosa, ou reflexa, produzidos por lesões de órgãos pélvicos. Bacon⁽²⁾ assinala como, desta maneira, a sintomatologia ano-retal pode associar-se a: 1) distúrbios do aparelho gênito urinário, disúria, dispareunia, perturbações menstruais; 2) distúrbios intestinais (indigestão, meteorismo); 3) dores reflexas para a região lombo-sacra, coxas e panturrilhas.

Reproduzindo Thiele, citado por Bacon, assim reúne êle os sintomas reflexos de origem anorectal:

- a) simpáticos, com hipotonia gastro-intestinal, contração esfinteriana e hipo-secreção glandular;
- b) parassimpático, com espasmos gastro-intestinais, relaxamento esfinteriano e hiper-secreção glandular;
- c) cérebro-espinhais, com dores lombares, sacras, ciática;
- d) combinação desses sintomas o que Thiele chama de "síndrome neurastênica".

Para efeito de estudo e consoante a natureza dos sintomas, separamos os nossos casos em quatro grupos. Certamente, não se classificam assim de modo tão simplista, máxime quanto aos dois primeiros grupos, que por vezes se confundem. Os dois últimos são mais bem definidos. Mas esta divisão, embora imprecisa, serve à explanação do assunto.

- 1) *Neuralgia simples.*
- 2) *Neuralgia-neurose.*
- 3) *Proctalgia fugaz.*
- 4) *Neuro-psicose.*

Neuralgia simples

Os casos deste grupo, felizmente, são os mais simples e os mais comuns, apesar de alguns bastante rebeldes. Consistem em dor anal mais ou menos contínua, que independe das evacuações ou, por vezes, piorando quando se aproximam e logo depois delas; acentua-se com a marcha, exercícios físicos ou prolongada estação sentada e melhora em posição deitada. É dor surda, com sensação de peso no reto e mal-estar anal constante. Observamos que isto não tem relação com frio ou calor. Na maioria dos casos as evacuações são dificultadas, exigindo esforços, com expulsão de fezes afiladas; noutros, há disúria, com retardamento do início da micção; noutros, a ejaculação agrava de momento os sintomas anais. Em alguns exemplos, a dor irradia para as nádegas, coxas, pernas e região lombar,



Enterocin

Suspensão de Sulfadiazina e Sulfasuccidina micronizadas, com Carbonato de cálcio, para a terapêutica das diarreias infantis.

Enterocin é preparado à base de gelóides sintéticos, que conferem ao produto estabilidade perfeita e constante.

Paladar agradável e tolerância perfeita para crianças de qualquer idade.

**solicite amostras!
constate em sua clínica:**

- * A uniformidade de dosagens proporcionada pelo gel
- * Seu excelente paladar
- * Sua perfeita tolerância

Johnson & Johnson
AV. DO ESTADO, 5459 — SÃO PAULO



SEÇÃO FARMACÉUTICA

E-8337



TERAPÊUTICA ORAL DA DESIDRATAÇÃO NAS DIARRÉIAS INFANTIS

Hydrax

Cloreto de potássio - Cloreto de sódio - Citrato de sódio

Cada litro de solução hidratante de HYDRAX oferece a seguinte composição em mEq/L:

Sódio.....42 MEq/L	Cloreto.....37 MEq/L
Potássio...12,6 "	Citrato.....17 "

Hydrax-G

Cloreto de potássio - Cloreto de sódio - Citrato de sódio - Fosfato dissódico - Lactato de cálcio - Sulfato de magnésio - Ácido cítrico - Glicose

Cada litro de solução hidratante de HYDRAX-G oferece a seguinte composição em mEq/L:

Sódio.....48 MEq/L	Cloreto.....37 MEq/L
Potássio.....13 "	Citrato.....19 "
Magnésio.. 4 "	Lactato.... 4 "
Cálcio..... 4 "	Sulfato... ..10 "
Difosfato...10 MEq/L	

Glicose 50 g = 200 Calorias

Das fórmulas que oferecem ampla margem de escolha e se adaptam a todas as formas de hidratação.

**solicite amostras!
constate em sua clínica:**

- ✱ A exata dosagem proporcionada pelos comprimidos
- ✱ A facilidade de preparação das soluções hidratantes
- ✱ O valor profilático dos dois produtos

Johnson & Johnson

AV. DO ESTADO, 5439 — SÃO PAULO



SEÇÃO FARMACÊUTICA

e podem apresentar os paroxismos típicos das neuralgias. Tais incômodos que, por algum tempo, pareciam desprezíveis, acabam por impacientar o doente, trazendo-lhe crescente nervosismo. Baldados os recursos comuns de pomadas e supositórios, vem a necessidade da primeira consulta ao especialista.

O exame deve ser metuculoso, em busca de causas locais que, se não evidentes, podem ser mínimas, dissimuladas em simples ragádias, criptites e papilites. A proctologia é especialidade de minúcias. Observar se não há infiltrações endurecidas nos ductos glandulares que seguem as criptas, ou nódulos subcutâneos, que são resquícios de infecções passadas. Na espécie em aprêço o que se encontra habitualmente são apenas espasmo anal e esfinteralgia, mais ou menos acentuados. Nisto reside a razão maior (não a causa) dos sintomas locais. Achado importante, quando presente, é o estado de repleção retal, que só por si pode provocar o hipertono reacional do ânus.

Verificada a ausência de lesões proctológicas, segue-se que a síndrome deve ter origem em distúrbios de órgãos vizinhos ou mesmo distantes, a serem pesquisados. Neste sentido, nem sempre se chega a conclusões certas. Consultando nosso fichário, observamos concomitância dessa neuralgia com lombo-artrite, espondilite reumatóide, sacralização de 5 L, *spina-bífida*, fibroma e desvios uterinos, calcrose ureteral, adenoma prostático, vesiculite, acidentes neurálgicos e reumatismos (ciática, lumbago).

Se algumas destas afecções, especialmente as de sede gênito-urinária, podem e devem responder pelos sintomas ano-retais, noutras não haverá relação de causa e efeito. A influência da *spina-bífida*, por exemplo, tem sido exagerada, mesmo pelos neurologistas.

Eventualmente, solicitar radiografias da coluna lombo-sacra, bem como consultas ao neurologista, ginecologista e ortopedista. Ainda, a busca de focos sépticos afastados deve ser lembrada.

Neuralgia — Neurose

Aqui as queixas são mais imprecisas, vindo em primeiro lugar a sensação de queimor ou ardor no ânus, mais acentuada nos exercícios físicos, porém, fazendo sentir-se mesmo durante o repouso da noite; propagando-se para o períneo anterior, virilhas, órgãos genitais externos, regiões pubiana e lombo-sacra. A sensação é descontínua, com curtos alívios, por vèzes intercalados de físgadas ou agulhadas. É de interesse notar-se a frequência com que o prurido se junta a essas queixas. Não poucas vèzes o incômodo é indefinível, um desconforto anal constante; o doente "sente o ânus", não sabendo afirmar se tem dor, ardor, coceira ou tudo ao mesmo tempo. Alguns doentes se acamam por dias seguidos, tal o mal-estar retal. Pode ocorrer impressão de reto cheio, pesado, com desejos repetidos de evacuar, bem como impotência sexual relativa. Surgem, com a duração e a intensidade da moléstia, sintomas nervosos de agastamento, irritabilidade, desânimo

para o trabalho, mal-estar geral, astenia, insônia. Nos transe piores, alguns apcientes referem cefaléia surda, entorpecimento nas pernas, palpitações, suores frios, tonteira, atordoamento. As proximidades menstruais agravam a situação.

O exame é negativo quanto a lesões locais. Observar o tono anal, o grau de mialgia do esfínter estriado, a sensibilidade das raízes coccigianas, o estado de repleção retal, a existência de distonias neuro-vegetativas, a presença de retocele e dismenorréias; investigar a função intestinal, pois as diarreias e a disquesia são de importância relevante, segundo o que apuramos.

A freqüente desproporção entre as queixas do doente e os poucos achados do exame, induz a suspeita do elemento psíquico na etiologia da síndrome. Daí a dúvida suscitada em muitos casos se o mal será real, com base orgânica oculta a ser descoberta, ou se mais de ordem neuro-psíquica. Isto justifica uma cuidadosa observação de cada caso.

A propósito deste segundo grupo, nossa casuística nos mostra exemplos de tabes (dois, um de forma frusta, outro em regressão), radiculites (dois), espôndilo-listesis em 5 L, afecções uro-genitais (prostatite, vesiculite, cistite) mal de Pott cervical, calcrose da bexiga, *spina-bífida*, ictus cerebral (em regressão), síndrome da cauda equina, recidiva de *Ca* na anastomose colo-retal, retocele com disquesia, estados diarreicos, distonias neuro-vegetativas, neurose do climatério, dismenorréias.

Se alguns destes achados têm imediata relação com os sintomas anorretais, outros são apenas coincidentes, sem influência nêles. Cabe ao profissional, ante cada caso, bem discernir, para boa orientação do tratamento.

Esta síndrome de que nos ocupamos, se não de ordem meramente psíquica, traduz fenômenos de irritação nervosa, diretos ou reflexos. Quando há lesão destrutiva, então vêm as hipo-estésias marginais e perturbações motoras esfintéricas. Mas isso constitui espécie sintomatológica diferente das algias e neuroses objetos deste estudo.

Proctalgia fugaz

Casos melhor definidos e típicos são êsses de dor retal aguda, peculiar, passageira, repercutindo no estado geral, síndrome descrita por Mac Lellan e Hess Thayssen, citados por Ryle⁽³⁾, o segundo do Hopital Santa Elizabeth, de Copenhague. É dor que o doente procura localizar profundamente no reto, começando aos poucos, ganhando logo intensidade, até tornar-se insuportável, com suores frios e palidez. O paciente se agita, põe-se em várias posições, tenta evacuar, buscando alívio nisso. Por vêzes aparecem náuseas, tonteira e lipotímia. As crises, espaçadas de meses, sobrevêm sem prenúncios, sem razão aparente e sem intercorrência de perturbações nervosas,

quase sempre à noite, pela madrugada; regredem depois de 15, 20 minutos e logo cessam, deixando apenas, por pouco tempo, mal-estar retal, cefaléia ligeira e alquebramento.

A P. F. assim caracterizada não se confunde com nenhuma outra espécie de neuralgia retal; acomete adultos de ambos os sexos, mas já vimos um caso em criança de seis anos; é pouco freqüente, citada por alto nas publicações especializadas. Nossa casuística compreende 15 casos, sendo três dêles em irmãos.

Não se conhece a etiopatogenia desta entidade mórbida. Thaysen inculpa o fator neurogênico, puro e simples, de origem ignorada. Granet, citado por Bacon, refere a influência de recalques, que não reproduzimos aqui porque isso não nos convence. Admite-se que alguma vez tenha significação de aura epilética, o que resta ser confirmado. A influência de gases intestinais merece ser bem considerada. Quanto ao mecanismo da dor, supõe-se que seja devido a uma câibra retal, mais espasmo dos elevadores e dos músculos perineais.

O exame proctológico nas crises nunca pôde ser feito, pela sua fugacidade; fora delas, nenhuma anormalidade descobre, nem tão pouco o exame clínico geral.

Neuroses retais

Nas chamadas neuroses retais evidenciam-se distúrbios neuro-psíquicos, que têm ponto de partida em sensações estranhas, por vezes disparatadas, com séde na região ano-retal; parestesias obscuras, mesmo imaginárias, juntas a um forte componente nervoso; impressões subjetivas com razões, originariamente, na sensibilidade sensorial das papilas anais e em taras e desvios neuro-psíquicos. Verdadeiras neuro-psicoses que, bem apuradas, fogem ao âmbito da proctologia.

Não há que descrever quadros clínicos característicos, se é sempre *sui generis* a história de cada doente. Há exemplos dignos de lástima, exigindo a melhor atenção do médico.

Um dos nossos pacientes, destacado funcionário bancário, dizia exalar constante mau cheiro, devido a gases que desprendia involuntariamente pelo ânus, onde, dizia êle, haveria alguma anormalidade. Via-se como objeto de mofa entre os seus companheiros de trabalho, obrigando-se por isto a constantes remoções de agência para outra. Ao exame proctológico, nada de anormal, certamente. Tentamos com empenho sugerir ao doente e o encaminhamos ao psiquiatra. Após sessões de narco-análise teve grandes melhoras, "renascendo para a vida", como disse. Porém, meses mais tarde escrevemos, mostrando-se de novo em situação de desespero; e não mais tivemos notícias. Relata Lockhart-Mummery⁽⁴⁾ caso idêntico, rematado com o suicídio do paciente.

Outro doente nosso, jovem atleta, sentia-se acabrunhado com um permanente prolapso retal, segundo procurava explicar: "Dia e noite sinto o ânus caído, não posso ficar assim". E mostrava-se revol-

tado contra médicos consultados que negaram a lesão. Merecemos dele a mesma reprovação, o que seria evitado se hábilmente tivéssemos simulado alguns cuidados locais.

Noutro caso, homem de bom aspecto, 40 anos, dizia-se constante alvo de insinuações imorais. Devia ter cara de homossexual... Não era um "dêsses", afirmou, mas (!) queria ser examinado porque ouvira contar que eles têm o ânus diferente... Assim se libertaria de uma preocupação. Como raciocinam os neuróticos! A verdade é que esse indivíduo é um sodomítico em potencial que procura no socorro ao médico uma guarida contra o impulso libídico.

Paciente atormentada força o marido, pobre médico no Interior longínquo, a trazê-la ao consultório cada mês. "Não é imaginação, doutor, mas o que eu sinto no reto deve ser câncer; os sintomas não enganam". Jamais confiou em nossas repetidas sugestões no sentido de afastar de si esse fantasma. Soubemos que continuou procurando outros colegas. Esta paciente atravessa a menopausa. Ao lado dessa cancerofobia retal, apresenta outros indícios de neurose climatérica.

Por último, para não repetir casos mais ou menos similares, vem aquela paciente que sentia constante a presença de corpo estranho no ânus, "como uma rolha", explicava, que persistia apesar dos seus artifícios e manobras para deslocá-la dali. Representação fálica num equivalente libídico, eis o que traduz este caso.

Em todos os exemplos citados, o exame proctológico é por certo negativo. São da alçada psiquiátrica.

TRATAMENTO

Nos casos de *neuralgia simples*, visar as anormalidades suspeitas verificadas em órgãos vizinhos, especialmente afecções uterinas, da próstata e vesículas seminais, e mesmo outras lesões, segundo referimos, de influência menos provável, mandando os doentes aos respectivos especialistas.

Como tratamento local, indispensável, são indicadas aplicações de ondas curtas, com o emprêgo de um eletrodo retal e eletrodo indiferente, este aplicado na região sacra ou região supra-pubiana, ou dois eletrodos, atrás e adiante, conforme parecer aconselhável. Como eletrodo retal usamos uma vela de Hegar, n.º 19 ou 20 (não há melhor), à qual ajustamos dispositivo de tarracha para ligar o fio condutor. A ação do fluxo diatérmico, de efeito sedativo e anti-inflamatório, "banhando" larga região, é sabidamente benéfica. Notamos resultados positivos freqüentemente. O nosso aparelho "Breviflux" presta-se quase que somente para esses casos. As primeiras aplicações serão diárias, de 20 minutos; as seguintes, dia sim dia não, de 30 minutos.

Para vencer o espasmo anal doloroso indicam-se também massagens mais ou menos ativas dos esfínteres. Costumamos praticá-las depois das aplicações diatérmicas.

Em muitas ocasiões serão de proveito os analgésicos iodados, alternados com vitaminas B1 e B12, todos por via hipodérmica. O mesmo quanto aos sedativos comuns à base de antipirina e piramido ou derivados.

Tratar a disquesia terminal por meio de supositórios de glicerina, ao lado de restrições alimentares adequadas, e instruir o doente no sentido de disciplinar suas dejeções, fugindo a solicitações falsas para evacuar. O reto não é um órgão de depósito e sim de expulsão. Já vimos o quanto pode ser prejudicial a proctostase. Alguns pacientes têm nisto, apenas, a razão de ser dos seus sintomas ano-retais.

Em situações rebeldes podem ser muito úteis as injeções epidurais analgésicas. Usamos a fórmula de Sicard: ácido fênico 0,50; novocaína 1,0; cloreto de sódio 0,50; água destilada 50 c. c. Preparar em farmácia de confiança. Aplicam-se de cada vez três a cinco centímetros cúbicos, com quatro ou cinco dias de intervalo. Feitas com boa técnica, as injeções não oferecem qualquer risco.

O espasmo anal constante é causa ou conseqüência de tensão nervosa, que deve ser aliviada com o emprêgo de atarácicos, barbitúricos ou nervinos de base vegetal.

Não descuidar de focos sépticos dentários, amigdalianos ou outros, uma vez verificada a sua existência.

Na ocorrência de uma *neuralgia-neurose*, descrita no nosso segundo grupo, cuidar igualmente das lesões suspeitas porventura achadas em exames subsidiários, como algumas das que citamos acima.

Entretanto, de importância maior nesta espécie de afecção é o tratamento de distúrbios neuro-psíquicos observados, sejam estados de excitação ou de depressão, sejam distonias e neuroses. Pomos nisto o máximo empenho. Se para tanto não bastarem drogas habituais conhecidas, pedimos o concurso do neurologista e mesmo do psiquiatra.

Combater insônia e desordens menstruais.

Muito aconselháveis são vida ao ar livre e derivados de espírito, bem como sugestões no sentido de fugir a preocupações e evitar excessos físicos de toda sorte.

Os concentrados de vitamina B injetáveis serão de vantagem nos casos da astenia e anorexia.

O tratamento diatérmico, embora muito menos útil do que nas afecções do primeiro grupo, deve ser empregado quando o paciente insiste nas queixas locais. Mas aqui não se justifica o eletrodo retal. Usam-se dois eletrodos externos, um pequeno, retangular, bem ajustado, com saco de areia, no ânus e margens, cobrindo ainda o perineo anterior; o outro, cinco, seis vezes maior, colocado no ventre. Aplicações de 25 minutos dia sim dia não.

Na *proctalgia fugaz* não há tratamento da crise, dado o seu caráter passageiro. Cogita-se tão somente de prevenir a repetição dos acessos dolorosos, isto com medidas a que faltam, na verdade, bases seguras.

Como a P.F. afeta geralmente indivíduos longilíneos, temperamentais e susceptíveis, tratar-lhes o eretismo nervoso, com o uso longo, mas bem fracionado, de medicamentos neuroplégicos (meprobamatos, clorpromazina), ou barbitúricos, ou ambos, alternadamente, com uma dose maior à noite, no sentido de proporcionar sono tranqüilo. Importante será evitar excessos físicos e vida agitada. Outrossim, corrigir distúrbios intestinais, v.g., desvios da flora, mediante regime adequado. Muito útil é o emprego de vitaminas B1, B6 e B12, que indicamos em três séries por ano.

Quanto às *neuro-psicoses*, estas são da competência exclusiva do psiquiatra. Mas do proctologista devem partir as primeiras sugestões psicoterápicas, procurando persuadir o paciente da fragilidade de suas quaias, dada a negatividade do exame. Muitas vêzes isso já abrirá esperanças à cura.

Caso ou outro poderá impor mesmo a necessidade de um simulacro de tratamento proctológico, de que advirá possivelmente benefício imediato. Si se fantasiam até intervenções cirúrgicas, em circunstâncias prementes! Certa ocasião distinto psiquiatra mandou-nos um cliente com êste recado: "Trate das hemorróidas dêsse homem, haja ou não haja hemorróidas"... Contingências da medicina, sem agravo à ética, obrigando alguma vez o disfarce e a mentira, as "piedosas mentiras", de Miguel Couto.

RESUMO

O autor faz o estudo detalhado das neuralgias e neuroses anoretais, baseado especialmente na observação própria, tirada de 263 casos de sua clínica privada.

O assunto é precedido de um exame de inervação pélvica.

O autor divide as síndromes em quatro grupos:

- a) neuralgia simples;
- b) neuralgia-neurose;
- c) proctalgia fugaz; e
- d) neuro-psicose.

E procura investigar a etiopatogenia de cada grupo.

Medidas de tratamento constituem a última parte do trabalho.

SUMMARY

The author presents a detailed study regarding anorectal neuralgia and neurosis, based specially on his own observation taken out of 263 cases of his private clinic.

The matter is preceded by an examination of the pelvic innervation.

The author divides the syndroms under discussion in four groups:

- a) simple neuralgia;
- b) neuralgia-neurosis;
- c) neuralgia fugaz; and
- d) neuro-psychosis.

And he tries to find out the etiopathogeny of each group.
Treatment cares constitute the last part of the work.

BIBLIOGRAFIA

- 1) GABRIEL (William B.): *Rectal Surgery*. H. K. Lewis & Co. Ltd., London, 1937.
- 2) BACON (H. E.): *Anus, Rectum, Sigmoid Colon*. J. B. Lippincott Company, Philadelphia, London & Montreal, 1949.
- 3) RYLE (John A.): *Dolor Rectal*. "Revista de la Sociedad Argentina de Proctología", ano 1, ns. 4 e 5, págs. 343, dez. 1943.
- 4) LOCKHART-MUMMERY (J. P.): *Diseases of the Rectum and Colon*. Baillière, Tindall & Cox, London, 1934.

R. RIBEIRO DA SILVA
Praça da República, 80
SÃO PAULO.

AGORA... na digestologia

+ Complexo enzimático
Hormônio de PRIBRAM

Para normalizar :

- * os processos digestivos
- * a assimilação lipídica
- * a biligênese

PRIMULAN SERONO

Extrato de epitélio vesicular	0,05 g
Pancreatina	0,10 g
Diastase de <i>Aspergillus oryzae</i>	0,03 g
Pepsina 1:10.100	0,01 g

Apresentação: Vidros com 40 drágeas de Dupla Desintegração

+

LABORATÓRIOS

MOURA BRASIL — ORLANDO RANGEL S/A.

Rua Marquês de Itú, 96 — Tel. 36-4334 — São Paulo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o Progresso da Cirurgia



RUA PIRAPITINGUI, 80 — TELEFONE: 37-2515

SÃO PAULO — BRASIL



*Peça informações sobre o “Estágio de aperfeiçoamento”
mantido pelo Sanatório São Lucas*

RUBROMALT

Extrato de malte
Com as Vitaminas B₁₂, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado
Aminoácidos e Minerais.

INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.
Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

LIO PREFISOL

EXTRATO DA HIPÓFISE ANTERIOR
LIOFILIZADO

Contém os hormônios elaborados pelo lobo anterior
da glândula hipofisária bovina em forma liofilizada.

- * Desenvolvimento somático retardado
- * Distrofia adiposo-genital
- * Hipogonadismo masculino da idade pré-puberal
- * Magreza hipofisária
- * Pan-hipopituitarismo
- * Caquexia hipofisária

APRESENTAÇÃO: Frasco-ampola com 80 U.F.

OPOTERÁPICA NESPA S/A.

Rua França Figue, 416/825 — Tels. 7-8902/7-1504
SÃO PAULO, BRASIL

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRÁLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

Se em 1941, a "equipe de Oxford"...

tivesse produzido uma penicilina ativa por via oral, reservar-se-ia o uso da penicilina por via parenteral aos mesmos casos raros das tetraciclina injetáveis...

A administração de penicilina por via oral é mais prática, mais cómoda e não oferece os perigos das injeções de penicilina particularmente os da penicilina procaina...

Mas, administrada por via oral, a penicilina precisa resistir à acidez gástrica e à penicilinase intestinal. Em suma, a penicilina deve alcançar níveis sanguíneos elevados e prolongados. Estes requisitos são encontrados no

STEGCILIN,

que resolveu, enfim, o problema da penicilino-terapia oral.

Anúncio e Literatura

LABORATÓRIO SINTÉTICO LYDA.

Rua Yampouaré, 777 — São Paulo.

Fone: 31-8071

